

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1952

No

THÈSE

721

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VERNEIGES, PIERRE ACHILLE

Né le 18 Août 1921 à SAINT-PRIEST-EN-MURAT (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1952

LES OPACITÉS ARRONDIES
INTRA-THORACIQUES
PSEUDO-TUMORALES

Président : M. BARIÉTY, Professeur

IMPRIMERIE DU LIVRE

27, Rue J.-L. Bernier — COLOMBES (Seine)

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **VERNEIGES**

Prénoms : Pierre-Achille

Date de la soutenance : 2 juillet 1952

Numéro d'ordre : _____

1

VERNEIGES (Pierre-Achille). — Les opacités arrondies intra-thoraciques pseudo-tumorales. — *Paris, Imp. du Livre, 1952, in-8°, 80 p., 5 planches.*

(Thèse méd. (Etat), Paris, 1952.

N°).

2

VERNEIGES (Pierre-Achille). — Les opacités arrondies intra-thoraciques pseudo-tumorales. — *Paris, Imp. du Livre, 1952, in-8°, 80 p., 5 planches.*

(Thèse méd. (Etat), Paris, 1952.

N°).

3

VERNEIGES (Pierre-Achille). — Les opacités arrondies intra-thoraciques pseudo-tumorales. — *Paris, Imp. du Livre, 1952, in-8°, 80 p., 5 planches.*

(Thèse méd. (Etat), Paris, 1952.

N°).

4

VERNEIGES (Pierre-Achille). — Les opacités arrondies intra-thoraciques pseudo-tumorales. — *Paris, Imp. du Livre, 1952, in-8°, 80 p., 5 planches.*

(Thèse méd. (Etat), Paris, 1952.

N°).

LES OPACITÉS ARRONDIES
INTRA-THORACIQUES PSEUDO-TUMORALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1952

No

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

VERNEIGES, PIERRE ACHILLE

Né le 18 Août 1921 à SAINT-PRIEST-EN-MURAT (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1952

LES OPACITÉS ARRONDIES INTRA-THORACIQUES PSEUDO-TUMORALES

Président : M. BARIÉTY, Professeur

IMPRIMERIE DU LIVRE

27, Rue J.-L. Bernier — COLOMBES (Seine)

EXAMEN DE MEDICINE

1888

THESE

DOCTORAT EN MEDICINE

(1888)

VERKEERDE ENKELE

DE WETENSCAPEN

Uitslag van het examen, houdende de naam van de kandidaat



LES OP DE WETENSCAPEN
EN DE LETTEREN
IN DE WETENSCAPEN

Uitslag van het examen

Uitslag van het examen

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARIETY

Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse. Qu'il veuille bien aussi trouver ici un hommage de la fidèle reconnaissance que nous lui devons depuis plusieurs années.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. RENARD

Professeur Agrégé.

*En hommage de respectueuse
sympathie.*

A TOUS MES MAITRES DE PARIS ET DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR LESOBRE

Médecin des Hôpitaux.

En témoignage de profonde reconnaissance, en remerciement des conseils qu'il nous a donnés pour l'exécution de ce travail dont il nous avait également suggéré l'idée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURY

Assistant des Hôpitaux.

Il nous a fourni les éléments de ce travail et nous a très obligeamment guidés au cours de notre tâche.

Nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAÏE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUBINET

*Nous avons travaillé sous leur
bienveillante surveillance pendant
une année dans le Service Pneumo-
phtisiologie de l'Hôpital de Péri-
gueux. Nous les prions de croire à
notre respectueuse amitié.*

Personnel de la Faculté de Médecine de Paris

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

Doyen Léon BINET, Membre de l'Institut.

Assesseur Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER (E.).
Anatomie pathologique	LEROUX (R.).
Bactériologie	GASTINEL (P.).
Biologie médicale	VERNE (J.).
Cancérologie Médicale et Sociale	HUGUENIN (R.).
Carcinologie	OBERLING (C.).
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.).
Cliniques chirurgicales ..	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Cochin
Clinique chirurgicale et orthopédique	BROCC (P.).
Clinique de cardiologie	CADENAT (F.).
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONDOR (H.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	QUENU (J.).
Clinique de la tuberculose	MERLE d'AUBIGNER
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT (E.).
Clinique de puériculture	LELONG (M.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FEVRE (M.).
Clinique des maladies du sang	MONOD (R.).
Clinique des maladies du système nerveux	BERNARD (E.).
Clinique des maladies des enfants	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique des maladies infectieuses	LELONG (M.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	GOUGEROT (H.).
Clinique gynécologique	CHEVALLIER (P.).
Cliniques médicales	ALAJOUANINE (T.)
	DEBRE (R.).
	MOLLARET (P.).
	DELAY (J.).
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.	MOCQUOT (P.).
	BENARD (H.).
	LAROCHE (G.).
	HARVIER (P.).
Clinique médicale propédeutique..... Pasteur	LIAN (C.).
	JUSTIN-BESANCON (L)
	VALLERY-RADOT (L.)
	LANTUEJOL (P.).
Cliniques obstétricales ..	LEVY-SOLAL (E.).
	PORTES (L.).
	VELTER (E.).
	LEMAITRE (F.).
Clinique ophtalmologique	RICHET (C.).
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER (C.).
Clinique physico-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	COSTE (F.).
Clinique psychiatrique infantile	DECHAUME (M.).
Clinique rhumatologique	SENEQUE (J.).
Clinique stomatologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	

MM.

Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.).
Clinique urologique	FEY (B.).
Embryologie	GIROUD (A.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.).
Histologie	CHAMPY (C.).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.).
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.).
Médecine du Travail	DESOILLE (H.).
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.).
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.).
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'AL- LAINES (F.).
Pathologie exotique	LAVIER (G.).
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.).
Pathologie médicale	MOREAU (R.).
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.).
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.).
Physiologie	BINET (L.).
Physique médicale	STROHL (A.).
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.).
Thérapeutique	TURPIN (R.).

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	{ CORDIER (J.-C.) (Professeur sans chaire)
	{ DEBEYRE (J.) DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (M ^{le} P.) (Professeur sans chaire)
	{ BUSSER (F.)
Bactériologie	{ PASQUELLE (R.) NEVOT (A.)
Biologie médicale	{ BOURLIERE (F.) ETTORI (J.)
	{ (Professeur sans chaire)
Chimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) (Professeur sans chaire)
	{ SCHAPIRA (G.).
Dermato-Syphiligraphie	{ DEGOS (R.) BULLIARD (H.)
	{ (Professeur sans chaire)
Histologie	{ COUJARD (R.) DESCLAUX (P.)
Hydrologie	{ DEBRAY (C.).
Hygiène	{ BOYER (J.) DEPARIS (M.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	N...
Neurologie	SEZE (S. de)

MM.	
Obstétrique	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	MERGER (R.)
	RAVINA (J.)
Ophtalmologie	VARANGOT (J.)
	OFFRET (G.)
	DESIGNES (P.)
	HALPHEN (E.)
Oto-rhino-laryngologie	(Professeur sans chaire)
Parasitologie	MADURO (R.)
	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale ff	CHABAUD
	ABOULKER (P.)
	BAUMANN (J.)
	GOSSET (J.)
	HUGUIER (J.)
	LAURENCE (G.)
	LEGER (L.)
	OLIVIER (Cl.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (M.)
Pathologie chirurgicale	ROUX (M.)
	RUDLER (J.-C.)
	VERNE (J.-M.)
	MERKLEN (P.)
	BERNARD (J.)
	BOUDIN (G.)
	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DECOURT (J.)
	DOMART (A.)
Pathologie médicale	DREYFUS-GILBERT
	FAUVERT (R.)
	HAMBURGER (J.)
	KOURILSKY (R.)
	LAMY (M.)
	MAURIC (G.)
	MILLIEZ (P.)
	THIEFFRY (St.)
	TURIAF (J.)
	LAPLANE (R.)
Pédiatrie	MARIE (J.)
	LEVY (Mlle J.)
Pharmacologie	(Professeur sans chaire)
	CHEYMOL (J.-H.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.-L.)
	DOGNON (A.)
	(Professeur sans chaire)
Physique médicale	DJOURNO (A.)
	GOUGEROT (J.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	BROUET, chargé de l'en-
	seignement.
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens :

MM. BASSET (A.) (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*),
GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*), LE LORIER (V.) (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent :

MM.

	AMELINE (A.)
	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique chirurgicale ...	MENEGAUX (G.)
	PATEL (J.)
	SICARD (A.)
	BOULIN (R.)
	BROUET (G.)
	CACHERA (R.)
	DELARUE (A.)
Clinique médicale ...	GARCIN (J.)
	HAGUENAU (M.)
	LENEGRE (J.)
	MARCHAL (G.)
	MOUQUIN (M.)
	SOULIE (E.)
	DIGONNET (L.)
Clinique obstétricale ...	ECALLE (G.)
	LACOMME (M.)
	SUREAU (M.)
Clinique ophtalmologique ...	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique ...	AUBIN (A.)
Clinique urologique ...	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire de la Faculté M. MOREL (J.).

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.).

Bibliothécaire en Chef M. le Docteur HAHN (A.).

Bibliothécaires Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.), LAU-
RENT (H.), LE NOIR (C.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

« Que de fois il m'est arrivé de constater la présence d'une image arrondie, considérée comme un kyste hydatique, comme un cancer... et qui correspondait à une gomme syphilitique, à un anévrysme aortique !... »

SERGEANT.

(Quelques vérités premières en Pneumologie Clinique.)

Au cours des innombrables examens radiologiques du thorax que l'on fait actuellement, qu'ils soient systématiques ou non, on découvre, de temps en temps, une image arrondie pleine.

Il faut, bien sûr, déterminer la nature de cette formation pathologique qui peut être une tumeur, qui peut être aussi une tout autre production. Il ne s'agit pas là d'un simple exercice intellectuel dont l'intérêt est purement spéculatif ; c'est un problème d'ordre essentiellement pratique, puisque le pronostic et la sanction thérapeutique dépendent du diagnostic.

Or, celui-ci est, la plupart du temps, difficile. Comme on le verra plus loin, quelques épisodes cliniques, quelques signes radiologiques peuvent être très évocateurs, ou même pathognomoniques : une telle éventualité est exceptionnelle. C'est pourquoi l'on est presque toujours obligé d'avoir recours à d'autres moyens d'investigation dont la technique est plus ou moins compliquée, le résultat plus ou moins probant. Et ce n'est souvent qu'à l'intervention, parfois lors de l'examen histologique seulement, qu'est donnée une réponse catégorique.

Notre propos n'est pas d'étudier le diagnostic étiologique de toutes les images rondes intrathoraciques, question extrêmement vaste dont de nombreux chapitres ont été l'objet de travaux importants. Nous

voudrions simplement attirer l'attention sur certaines formations qui, par leur expression clinique et, surtout, par leur aspect radiologique, simulent de très près des tumeurs.

Comme ces dernières, certaines sont capables de provoquer des phénomènes de compression médiastinale, ou même médullaire. Quant à l'aspect pseudo-tumoral de leur image arrondie, il tient à la densité de l'ombre, à son homogénéité relative, à la bonne limitation de ses contours (qui ne sont pas forcément tracés au compas), au fait qu'elle est isolée, ou tout au moins nettement dominante parmi d'autres anomalies possibles.

Des images de ce type sont, en effet, susceptibles de traduire des tuméfactions inflammatoires, des collections enkystées, des formations dystrophiques — dysembryomes mis à part, — qui n'entrent évidemment pas dans le cadre des tumeurs.

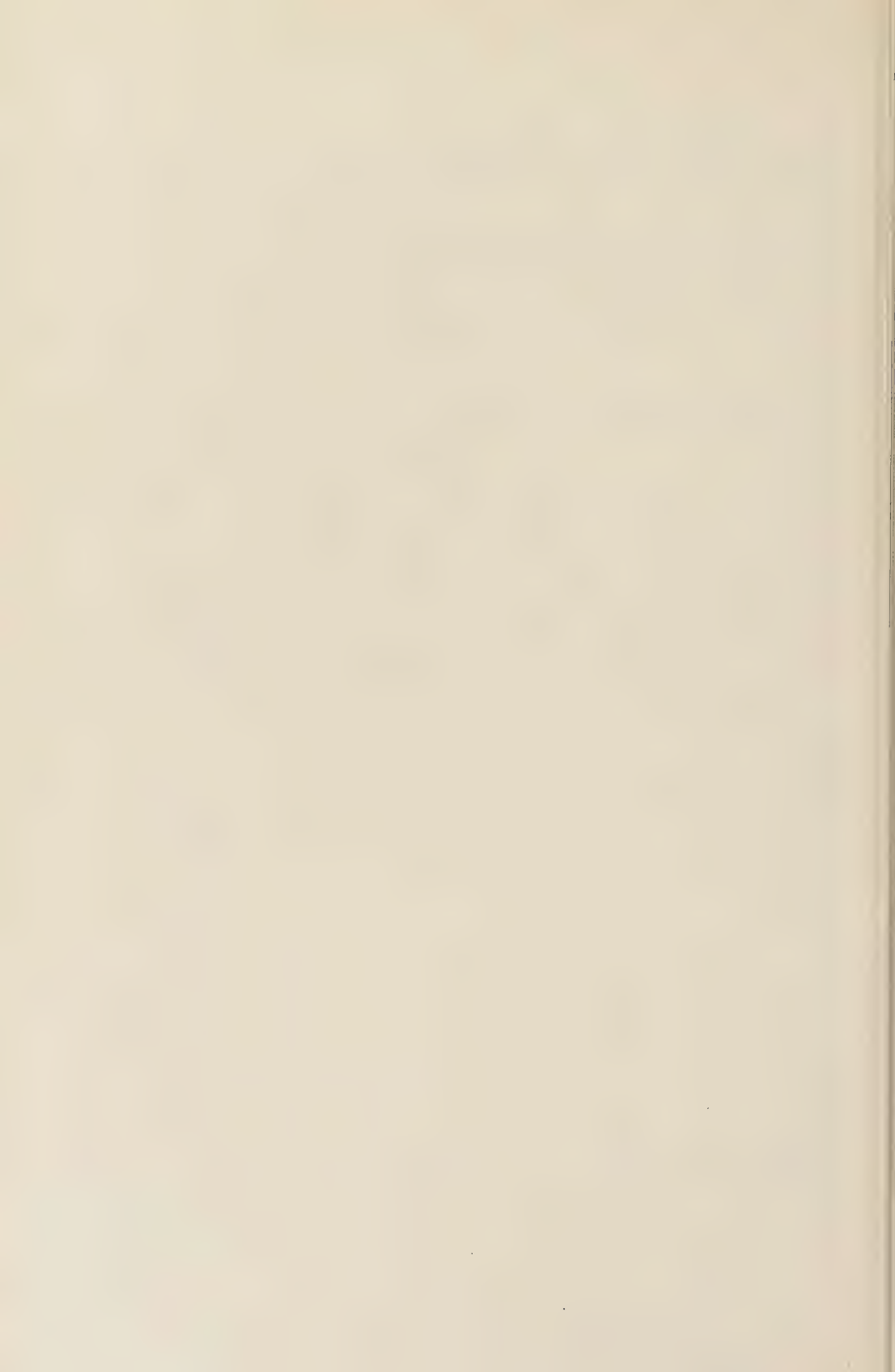
La lecture des différentes statistiques publiées par les services de Chirurgie Thoracique ne permettent d'avoir qu'une idée approximative de la fréquence relative de ces « fausses-tumeurs ». Les unes ne mentionnent que des thoracotomies pour tumeur proprement dite, d'autres concernent des séries où l'on a exploré des productions se traduisant non seulement par des opacités arrondies, mais aussi par des images segmentaires.

Nous résumons dans le tableau suivant les données de celles qui nous paraissent les plus significatives.

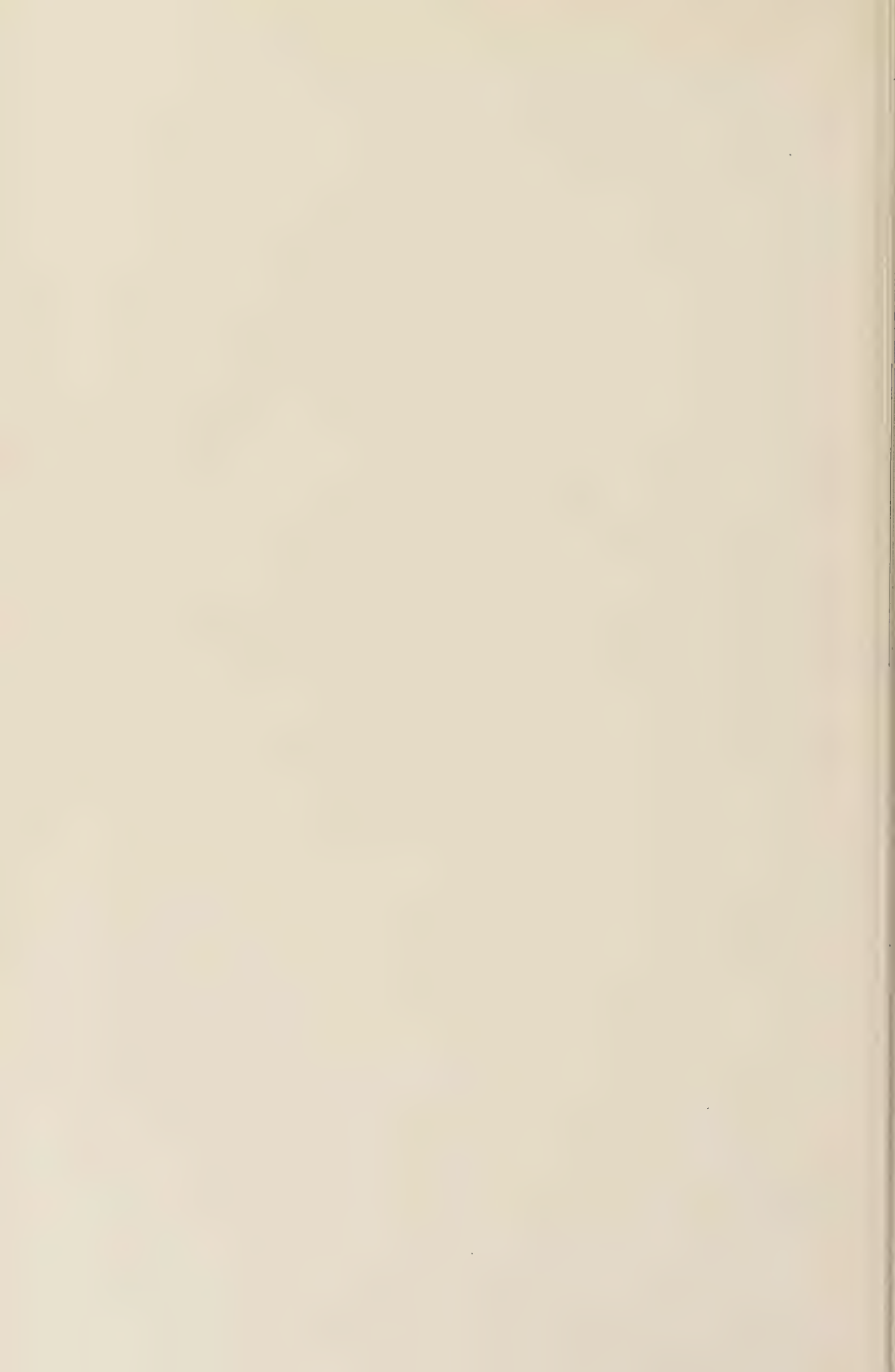
Comme nous nous y attendions, les écarts entre les pourcentages sont considérables. Il ressort cependant que la proportion de formations pseudo-tumorales n'est pas négligeable.

Nous ferons donc un rappel des principaux moyens dont nous disposons aujourd'hui pour les diagnostiquer. Nous étudierons ensuite, à propos de chacune d'elles, les bases de leur diagnostic positif et différentiel. Nous présenterons enfin 7 observations qui montrent le caractère trompeur de leur image radiologique.

Années	Auteurs	Nombre de Thorac.	Nombre de formations pseudo-tumorales	%
1946	Blades	114	7 { 2 tuberculomes 5 anévrysmes	6 %
1947	Watson et Diamond	33	8 { 5 lésions inflammatoires 1 tuberculome 2 anévrysmes	24 %
1948	Grow	200	57 { 1 hématome kystique 8 adénopathies tuberculeuses 24 tuberculomes et 11 formations intrapulm. pseudo-tumorales, empyèmes, anévrysmes, etc... 7 formations extrapulm.: hernies diaphragmatiques, kystes du foie, etc... 6 anévrysmes	28 %
1950	Santy et Bérard	60	5 { 2 tuberculoses ganglion. 2 anévrysmes artériels 1 ectasie de l'oreille gauche	8 %
1950	Zerbini	13 <i>Formations Médiast.</i>	3 { 1 mégaœsophage 1 méningocèle 1 anévrysme de l'aorte	23 %



LES MOYENS DE DIAGNOSTIC



LES DONNEES DE LA CLINIQUE

Il serait absurde de négliger l'examen clinique, de croire que le diagnostic d'une image arrondie est uniquement affaire de radiologie, de bronchoscopie et autres méthodes spéciales d'exploration. Ces derniers examens sont le complément, presque toujours indispensable, du premier.

En interrogeant le malade avec soin, on peut découvrir — dans un nombre de cas limité, certes — des notions du plus haut intérêt. On lui fera donc préciser : son âge ; sa profession ou ses professions successives, dans l'exercice desquelles il a pu vivre en contact avec des animaux, ou bien respirer des poussières de silice ; les différentes contrées où il a séjourné, et où sévissait peut-être l'échinococcose ; ses antécédents héréditaires et personnels tels qu'épisodes infectieux, pleurésies, crises d'urticaire ou d'asthme, accidents de nature tuberculeuse ou syphilitique, traumatismes. Il arrive que le diagnostic de kyste hydatique soit posé avant l'intervention sur les données de l'interrogatoire, en dépit d'une intradermo-réaction de Casoni négative. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; souvent on ne trouve rien de notable.

Et l'examen lui-même est généralement décevant. Il est évident qu'il ne doit pas se limiter à l'appareil respiratoire, mais doit porter sur tous les organes.

Il sera en particulier orienté vers le système nerveux, à la recherche de signes de compression médullaire qui sont le plus souvent déterminés par une tumeur du médiastin postérieur ; d'un syndrome de myasthénie en rapport avec une tumeur thymique ; d'un syndrome de neurofibromatose de Recklinghausen (tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, stigmates cutanés et osseux) ; vers les glandes endocrines (syndrome génital des tératomes malins, syndrome du type Cushing de certains cancers du thymus, syndromes hyperthyroïdien et hyperparathyroïdien).

MM. Bariéty et Coury ont attiré l'attention sur la place tenue par les tumeurs du médiastin en pathologie générale ; mais aussi sur la rareté de ces conjonctures.

On n'omettra pas de palper les aires ganglionnaires et la rate, dans l'hypothèse d'une maladie de Hodgkin ou d'une autre maladie du sang ou du système réticulo-entothélial.

On aura présente à l'esprit la possibilité d'une métastase pulmonaire isolée partie d'un cancer viscéral, on examinera le tube digestif, l'appareil cardiovasculaire et génito-urinaire. Le squelette sera exploré, pour éliminer un mal de Pott dorsal avec abcès ou un abcès froid costal, pour déceler une ostéopathie hypertrophiante pneumique contemporaine d'une tumeur médiastinale bénigne ou maligne.

Quant à la symptomatologie respiratoire, elle varie de la latence absolue au syndrome de compression médiastinal le plus sévère. Ce polymorphisme rend presque impossible l'analyse des différents symptômes et signes.

La toux, l'expectoration sont très variables ; celle-ci cependant, dans les cas exceptionnels où elle contient des cheveux, une dent ou de la matière sébacée, permet d'affirmer l'existence d'un dysembryome hétéroplastique.

La douleur (intercostale, brachiale), ainsi que la dyspnée, lorsqu'elles atteignent une intensité remarquable, constituent un signe de présomption de malignité des dysembryomes. (MM. BROUET et COURY.)

L'hémoptysie est présente, avec une fréquence variable, dans un grand nombre de processus, non seulement néoplasiques, mais aussi infectieux et parasitaires (abcès, kyste hydatique, mycose). On la note aussi dans l'évolution des hématomes pleuro-pulmonaires enkystés et, plus rarement, des foyers ronds tuberculeux, des anévrysmes (elle annonce alors un début de fissuration).

Il est bien rare qu'elle ait un caractère évocateur.

Parmi les signes généraux, la fièvre ne fait que traduire l'infection qui peut avoir lieu aussi bien au sein d'un cancer bronchique que d'un kyste hydatique ou d'un épanchement enkysté. Elle est, avec l'amaigrissement, associé à un syndrome de compression à un stade avancé des tumeurs malignes.

L'examen physique du thorax, quand il n'est pas négatif, met en évidence le plus souvent un syndrome de condensation ou un syndrome pleural, limités, plus ou moins nets ; des modifications secondaires du parenchyme adjacent (atélectasie, emphysème) peuvent aussi avoir une traduction stéthacoustique qui n'a, bien entendu, rien de spécifique. L'auscultation du cœur est fondamentale, non seulement pour le diagnostic estasies vasculaires où les bruits du cœur sont souvent normaux, mais surtout pour celui des épanchements enkystés ronds des cardiaques où l'on note fréquemment des signes d'asystolie.

En somme, au terme de cet examen, dans un très petit nombre de cas, nous avons pu saisir un fait clinique caractéristique de telle tumeur ; dans quelques autres nous avons acquis des notions moins précises qui nous font cependant tenir pour probable telle affection : la plupart du temps nous restons dans le doute ; mais nous avons la satisfaction d'avoir fait ce que nous devons faire, pour éviter des erreurs parfois grossières, avant d'envisager le diagnostic entre les formations pseudo-tumorales et les tumeurs intrathoraciques primitives.

LA RADIOLOGIE

L'examen radioscopique qui souvent, d'ailleurs, a dépisté l'image anormale, n'est pas à dédaigner. S'il apporte moins de précisions que le cliché radiographique sur la statique de l'image, lui seul permet d'en étudier la cinématique et, en particulier, de noter le caractère battant et expansif d'une ectasie aortique. A ce propos, nous rappelons que de nombreux anévrysmes ne sont pas expansifs, ou tout au moins qu'il est difficile d'affirmer qu'ils le soient ; qu'ils sont seulement battants et que, d'autre part, toute tumeur, tout kyste au contact de l'aorte est animé de battements.

En outre, la radioscopie peut déjà nous faire connaître le siège antérieur ou postérieur de l'opacité, nous montrer quels sont ses rapports avec l'aorte, avec la paroi thoracique, sa mobilité et ses déformations possibles à l'inspiration profonde (contenu liquide), le jeu du diaphragme.

La radiographie sera, bien entendu, analysée minutieusement. Un cliché de profil est indispensable.

On étudie d'abord la morphologie de l'opacité. On apprécie son volume : les plus grosses images sont celles des lipomes et des kystes dermoïdes. Si l'on dispose de documents antérieurs, on note les variations de ce volume qui ont un grand intérêt : bien que des kystes hydatiques, des tuberculomes, des épanchements enkystés ronds soient susceptibles de grossir vite, l'accroissement rapide est quand même en faveur d'une néoformation maligne.

La densité de l'ombre, son homogénéité sont alors évaluées ; exceptionnellement on aura la chance de découvrir un signe pathognomonique : signe de Phemister, ou encore opacités osseuses centrales dans quelques kystes dermoïdes. Les images dites « en grelot » sont peu caractéristiques : on les trouve non seulement dans certains tuberculomes, mais encore dans des kystes hydatiques, des cancers bronchiques, des mycoses.

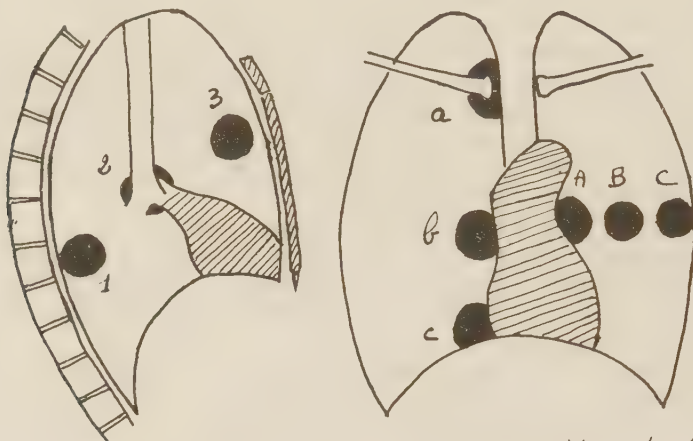
Les calcifications centrales ne sont pas propres aux chondromes ; elles existent aussi dans des abcès pottiques, des tuberculomes.

Le caractère des contours a une valeur d'orientation qui est souvent en défaut : une image tracée au compas est plutôt le fait d'un kyste, mais BELOT et PEUTEUIL prétendent que les plus belles images kystiques sont données par les cancers. L'aspect « huilé » des bords, qui est un signe de présomption de malignité des dysembryomes, a été décrit par HEUER comme caractéristiques des lipomes...

L'existence de calcifications liminales traduit en général une tuméfaction à contenu liquide. L'angle de raccordement à la paroi, en cas

de formation périphérique, donne une indication sur l'origine pariétale ou pulmonaire de celle-ci.

La topographie de la lésion a une importance considérable sur laquelle ont insisté MM. BARIÉTY et COURY dans un essai de classification des tumeurs intrathoraciques primitives. Nous reproduisons le schéma établi par ces auteurs qui nous dispense d'une longue énumération des sièges de prédilection de chaque formation, notion actuellement classique.



D'après MM. Bariéty et Coury

Ombre franchement pariétale (C) : tumeur de la plèvre
cancer bronchique périphérique
Ombre franchement intrapulmonaire (B) : cancer bronchique
kyste hydatique
Ombre médiastinale (A)

Siège antérieur
rétrosternal (3)

Siège moyen (2)

Siège postérieur (1)

Dysembryome
Tumeur thymique
Tumeur ganglionnaire

Cancer bronchique
Adénopathie
Kyste bronchique :
Tumeur mésodermique

Tumeur neurogène et fibreuse.
Formation lipoxanthomateuse.
Kyste para-œsophagien.

Il est d'ailleurs parfois difficile d'affirmer le siège médiastinal ou intrapulmonaire d'une tumeur.

Nous insistons sur l'importance des rapports avec les scissures pour le diagnostic des épanchements enkystés.

Enfin on n'oublie pas de noter d'éventuelles modifications parenchymateuses concomitantes, soit par troubles de la ventilation, soit par tuberculose ou silicose associées.

On complète au besoin cette étude par des clichés pris après repas

baryté, qui ont l'avantage de montrer les rapports de la « tumeur » avec l'œsophage, de révéler un diverticule de celui-ci, ou une hernie diaphragmatique de l'estomac ou de l'intestin qui, accompagnés d'un viscère abdominal plein donneraient une image sombre. Dans le même but on peut donner un lavement baryté qui précise la limite inférieure du foie, faire une insufflation colique qui montre la forme de sa face supérieure. (MM. Robert MONOD et AZOULAY.)

Les coupes tomographiques, de face, de profil, transversales, permettent une localisation plus exacte de la zone pathologique ; elles peuvent mettre en évidence ses rapports avec les grosses bronches, avec les vaisseaux, avec la paroi du thorax ; elles affirment ou infirment l'impression d'homogénéité que l'on avait sur le vu du cliché standard.

Le cinédensigraphie, qui a pour but d'enregistrer le pouls des vaisseaux du thorax, peut apporter des précisions sur le caractère battant d'une ombre. (M. MARCHAL.)

A la fin de cette nouvelle étape nous avons éliminé un certain nombre d'affections ; nous hésitons entre plusieurs autres. Exceptionnellement, nous avons un diagnostic ferme.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE

L'EXAMEN DE L'EXPECTORATION, quand elle existe, s'impose.

On y recherche, évidemment, d'abord *le bacille tuberculeux*, en répétant, si besoin est, les examens. Quand la malade ne crache pas, on fait des tubages ou l'on prélève directement les sécrétions dans la bronche. De toute façon, si l'homogénéisation est négative, on met en culture, on inocule au cobaye.

Des réponses négatives n'excluent pas la possibilité d'un tubercule ou autre foyer rond tuberculeux ; les cas où l'on n'a pas pu mettre en évidence le bacille de Koch, malgré des recherches itératives et poussées, sont nombreux.

Un résultat positif, au contraire, est extrêmement important. Nous devons quand même signaler, à titre tout à fait exceptionnel, le malade de MM. SAUVAGE et DELAFONTAINE, porteur d'un hématome enkysté, chez lequel une première bacilloscopie avait été positive, ce qui prouve que l'esprit critique ne perd jamais ses droits. Enfin, il faut se méfier d'une association tuberculose-tumeur (bénigne ou maligne), ou pseudo-tumeur.

On peut avoir à y rechercher aussi : *les cellules cancéreuses* : un anatomo-pathologiste entraîné en trouve dans environ 65 % des cas de cancers bronchiques (M. BROCARD), soit dans les crachats, soit dans les produits d'aspiration endo-bronchique ; *du sébum* : de rares kystes dermoïdes en fournissent ; *des champignons*, par ensemencement sur milieu de Sabouraud ; *des fibres élastiques*, des crochets de *tænia echinocoque* ou *des fragments de membrane*.

LA FORMULE SANGUINE :

Ses modifications sont loin d'avoir une valeur absolue : l'éosinophilie peut exister non seulement en cas de kyste hydatique, mais aussi au cours de n'importe quelle affection tumorale intrathoracique, d'une maladie de Hodgkin, d'un cancer non pulmonaire, etc...

Quant à la polynucléose, elle ne fait qu'exprimer un processus infectieux.

LA VITESSE DE SEDIMENTATION GLOBULAIRE, la réaction de Vernes peuvent donner quelques indications pour des lésions torpides.

LES REACTIONS TUBERCULINIQUES ont une importance de tout premier ordre pour le diagnostic des formations tuberculeuses : adénopathies et tuberculomes. La date du virage, l'intensité de la réaction, non seulement chez le malade, mais chez les sujets qui ont vécu en contact avec lui, sont à noter soigneusement.

L'INTRADERMO-REACTION A L'ANTIGENE HYDATIQUE (CASONI) a une valeur lorsque, dès la première fois, elle est positive ; si le sujet a déjà subi l'épreuve, il peut être sensibilisé et une réaction positive n'apporte pas, alors, un argument sérieux.

Une intradermo-réaction négative n'exclut pas l'échinococcose.

L'intradermo-réaction avec une culture de champignons permet de s'assurer qu'il ne s'agit pas de saprophytes.

Parmi les REACTIONS DE DEVIATION DE COMPLEMENT, la réaction de Weinberg est aujourd'hui abandonnée parce que trop infidèle.

Les réactions sérologiques de la syphilis, elles, sont intéressantes pour le diagnostic des anévrysmes de l'aorte où elles sont positives dans 90 % des cas. Encore ne faut-il pas perdre de vue l'hypothèse d'un cancer des bronches chez un spécifique. (Exemple du malade de MM. BARIÉTY et CORY). Quant aux gommés syphilitiques du poumon, on en signale encore un cas de temps en temps.

LA BRONCHOSCOPIE

De l'aspect tumoral des images que nous étudions découle, — si l'on ose dire — la mise en œuvre presque systématique de la bronchoscopie. D'ailleurs, les arguments qu'elle apporte sont, avant tout, de l'ordre négatif.

La constatation d'une déviation ou d'un refoulement extrinsèque d'une bronche, de modifications nullement spécifiques de la muqueuse en cas de formation non tumorale, ne présente pas un grand intérêt.

L'aspiration des sécrétions, parfois après lavage bronchique, a le mérite d'accroître les chances de mettre en évidence le bacille de Koch si l'on a affaire à un foyer rond tuberculeux.

Mais le but principal de cette exploration est de commencer d'écarter l'hypothèse d'un néoplasme. Le diagnostic des cancers bronchiques par la bronchoscopie n'est pas notre sujet. Aussi nous bornons-nous à rappeler qu'à peine la moitié de ceux-ci peut être affirmée, directement par cette technique (avec biopsie), que les deux tiers environ (M. BROCARD) peuvent l'être par la recherche des cellules cancéreuses dans les sécrétions bronchiques que l'on a eu soin de prélever. Donc, même si le bronchoscopiste répond : bronches normales, même si l'anatomopathologiste ne voit rien de suspect au microscope, cette hypothèse n'est pas formellement exclue.

Il est, d'autre part, évident que si l'on soupçonne une ectasie vasculaire, la plus grande prudence doit être observée, même si la bronche présente, elle aussi, un aspect tumoral. M. LE MELLETIER a récemment relaté l'observation d'un malade qui est mort d'hémoptysie foudroyante trois semaines après biopsie portant sur un bourgeon implanté sur la lobaire supérieure gauche, bronche qui était par ailleurs l'objet d'une compression extinsèque (par anévrysme de l'aorte, on l'a su trop tard).

LA BRONCHOGRAPHIE LIPIODOLEE

Elle n'apporte aucun argument positif en faveur d'une formation non tumorale.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur, elle peut faire paraître des images de refoulement ou d'amputation de bronches.

Enfin, certains kystes en communication avec la lumière bronchique peuvent être injectés.

LA PONCTION TRANSPARIETALE

Le fait de traverser des tissus sains, parenchyme pulmonaire et plèvre, en retirant l'aiguille souillée de produits pathologiques, paraît, *a priori*, présenter quelques inconvénients.

Il est cependant bien tentant d'utiliser cette méthode, si l'on considère la qualité des indications qu'elle fournit, la simplicité de sa technique.

Ramener un peu de pus que l'on pourra examiner, inoculer ; ou du sébum, ou un liquide hématique ; extraire un fragment de tissu cancéreux sont autant d'éventualités qui permettent un diagnostic sûr, sans recourir à des examens plus difficiles, aux réponses moins catégoriques. Et il n'est pas sans intérêt quelquefois d'essayer d'introduire du lipiodol soit au contact, soit à l'intérieur de la présumée tumeur.

Tout serait donc très simple sans les dangers auxquels cette petite intervention, dans certaines circonstances, expose le patient. Il y en a principalement trois : ensemencement néoplasique secondaire de la

paroi ; mort subite par choc anaphylactique survenue au cours de quelques ponctions de kyste hydatique ; infection de la cavité pleurale.

Nous ne suivons donc pas ceux qui prétendent que l'on peut tout ponctionner : le risque nous paraît trop important. Ne ponctionner que des formations juxta-pariétales, facilement accessibles, où la plèvre est souvent symphysée, s'abstenir si l'on soupçonne une échinococcose, nous paraissent deux règles essentielles. Ponctionner un noyau de « matière tuberculeuse », ou un abcès du poumon dans sa phase aiguë, ne nous semble pas, non plus, très recommandable. En ce qui concerne l'anévrysme, la contre-indication n'est pas formelle pourvu que l'on opère avec une aiguille très fine.

Mais, en dehors de ces cas, lorsque l'on hésite entre tumeur bénigne et collection enkystée chronique, nous estimons que l'on aurait tort de se priver des éléments très précieux que peut apporter la ponction, celle-ci suffisant, dans un certain nombre de cas, à établir un diagnostic.

LE PNEUMOTHORAX EXPLORATEUR ET LA PLEUROSCOPIE

On a prétendu qu'il existait presque toujours une symphyse en face de la zone à explorer. De nombreuses observations publiées dans la littérature de ces dernières années, où la pleuroscopie a été possible et a apporté des conclusions intéressantes, nous autorisent à ne pas être de cet avis.

Lorsque la plèvre est libre, l'aspect radiologique du thorax, après insufflation, est étudié attentivement en radioscopie et sur des clichés pris de face et de profil : l'opacité est tantôt médiastinale, tantôt franchement intrapulmonaire, tantôt nettement pariétale. D'autres fois, il est impossible de la localiser avec exactitude ; la pleuroscopie apportera peut-être des précisions. On note également les déformations de la masse sous le collapsus, lorsque son contenu est liquide.

Quand on se trouve en présence d'adhérences qui gênent l'interprétation, si elles sont facilement sécables, on libère le poumon.

La pleuroscopie est un temps important qui complète les données de l'examen radiologique après pneumothorax et permet d'apprécier, outre le siège de la formation, ses connexions avec la cage thoracique et le rachis, avec un lobe, une scissure ; sa coloration, sa vascularisation, la régularité ou les accidents de sa surface, son caractère pulsatile ou immobile. On peut alors faire une deuxième porte d'entrée et palper avec un cautère froid ou une tige à extrémité mousse, pour avoir une idée de sa consistance, de sa mobilité. Parfois, on est autorisé à la ponctionner pour essayer de connaître son contenu. Mais, pour faire une biopsie, il faut d'abord être sûr qu'on ne court pas le risque d'une hémorragie (dans une ectasie vasculaire, en particulier), et se souvenir qu'un cancer peut être ainsi propagé à la plèvre.

La masse n'est pas toujours directement accessible à l'endoscopie ; cependant, si elle est proche de la corticalité, elle peut donner lieu à des modifications de l'aspect de la plèvre : modifications de couleur, de vascularisation, modification de la mobilité du poumon à l'inspiration profonde et à la toux.

Nous voyons donc le nombre et la qualité appréciable des arguments qu'est capable de fournir cet examen. Il peut permettre un diagnostic ; le fait a été cité au sujet d'ostéochondrome costal (M. J.-C. MARIE), de silicose à forme pseudo-tumorale (M. DELORD), par exemple. Ses risques ne semblent pas être très grands si l'on évite de faire une telle exploration en cas de kyste hydatique présumé, si l'on ne ponctionne qu'à bon escient.

Malheureusement, les conclusions ne sont pas toujours formelles ; elles peuvent être erronées : tel fut le cas d'un « faux-neurinome en sablier » dont les caractères endoscopiques paraissaient être effectivement ceux d'une tumeur d'origine nerveuse, mais qui était, en réalité, un anévrysme. (M. BÉRARD.)

LE PNEUMOPERITOINE

Son innocuité dans la grande majorité des cas, la simplicité de sa réalisation, les arguments décisifs qu'il est susceptible d'apporter lui valent une place de choix parmi les méthodes de diagnostic des opacités arrondies de la base au contact du diaphragme. Lorsque l'on hésite entre formation intrathoracique et formation intra-abdominale à projection thoracique ou hernie diaphragmatique à contenu opaque, c'est la méthode à laquelle on fait appel en premier lieu.

La position de l'opacité anormale nettement au-dessus ou au-dessous du croissant clair ne laisse aucun doute quant au siège de celle-ci. Des anomalies du diaphragme (éperons) sont parfois rendus visibles en cas de hernie.

Il arrive cependant que l'image soit peu démonstrative, le décollement n'ayant pas eu lieu en face de la zone en litige (nous en voyons un exemple dans un cas de hernie diaphragmatique d'un kyste hydatique du foie, publié par MM. DROUET et FAIVRE.

Bref, nous avons là un excellent moyen de diagnostic, non infail-
libile, lui non plus.

Tels sont les moyens d'exploration classiques que nous avons à notre disposition. Ils nous ont parfois permis de faire le diagnostic : d'autres fois, ils ne nous ont pas été d'un grand secours.

Dans ce dernier cas, il serait logique que nous envisagions sans tarder l'exploration chirurgicale, si nous n'étions en possession depuis quelques années de deux autres méthodes capables de nous éclairer dans certaines circonstances : l'angiopneumographie, le pneumomédiastin.

L'ANGIOPNEUMOGRAPHIE

L'injection massive et rapide d'une solution organoiodée dans une veine du pli du coude ou une jugulaire est suivie d'une opacification des gros troncs veineux intrathoraciques et de la veine cave supérieure, d'abord ; des cavités droites du cœur et des artères pulmonaires ensuite, puis des veines pulmonaires et, enfin, des cavités gauches et de l'aorte.

En ce qui concerne les images arrondies pleines du thorax, elle est donc susceptible de fournir des renseignements de trois ordres : en premier lieu, elle peut confirmer ou révéler une compression de la veine cave supérieure par la masse ; si celle-ci est intrapulmonaire, elle indique le degré de vascularisation de son territoire et des zones adjacentes ; enfin, surtout, elle opacifie les formations d'origine vasculaire, permet de les différencier des autres.

Les conclusions que l'on tire de la lecture des clichés successifs ont une grande valeur. On a même cru qu'elles n'étaient jamais en défaut pour les anévrysmes et que, mathématiquement, on pouvait affirmer : opacification égale formation d'origine vasculaire, non opacification égale formation non vasculaire (DOASSANS-CAZABAN). On s'est aperçu plus tard que, si la première équation était exacte, il y avait lieu d'apporter quelques restrictions à la seconde : un tout petit nombre d'anévrysmes dont le sac est oblitéré par des caillots peuvent ne pas être pénétrés par la substance de contraste ; le fait a été rappelé par MM. FACQUET, DURAND et HATT. Encore peut-on noter dans ces cas exceptionnels quelques signes indirects qui plaident pour l'ectasie : inégalité de calibre de l'aorte, irrégularité de sa paroi (SUSSMAN). Devant ces incertitudes, il y a vraisemblablement lieu de rechercher des précisions complémentaires au moyen du pneumo-médiastin.

L'épreuve est pénible pour le patient, mais ne présente pratiquement pas de danger si l'on a pris au préalable la précaution d'établir un bilan rénal et de faire les tests de sensibilité à la Diodone.

LE PNEUMOMEDIASTIN

L'introduction d'air dans le médiastin dans un but diagnostic a été imaginée et réalisée par le Professeur CONDORELLI, à Catane.

On utilise, soit la voie antérieure transtrachéale : on insuffle ainsi dans l'espace cellulaire compris entre la face postérieure de la trachée et la face antérieure de l'œsophage ; soit la voie postérieure para-vertébrale : on insuffle alors sous l'aponévrose prévertébrale. De toute façon, le gaz diffuse dans le médiastin antérieur.

On tire des clichés de face et de profil, des tomographies : les vaisseaux (aorte, tronc brachio-céphalique, carotides, sous-clavières, veine cave supérieure, azygos), entourées d'un manchon gazeux, sont rendus

visibles. Leur contour est souligné par cet artifice, ainsi que celui de certaines formations pathologiques du médiastin.

On voit tout l'intérêt que peut présenter cette méthode pour le diagnostic des anomalies vasculaires de cette région. Elle donne, en outre, des renseignements sur l'état du tissu cellulaire médiastinal.

On pouvait craindre de créer une médiastinite par le passage de l'aiguille à travers la trachée dont la lumière est un milieu septique. L'expérience n'a pas justifié cette appréhension ; les quelques accidents infectieux qui ont été signalés ont pu être rapidement jugulés. Au point de vue fonctionnel, non seulement le pneumomédiastin n'entraîne pas de gêne respiratoire, en général, mais la dyspnée est parfois apaisée pendant quelques jours.

Cette technique est actuellement étudiée à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur BARIÉTY, par MM. COURY et MATHÉ.

Elle fait l'objet d'un travail qui sera publié prochainement.

LA THORACOTOMIE EXPLORATRICE

Lorsque les différents examens que nous venons d'énumérer n'ont pas donné la clé du diagnostic, c'est à l'exploration chirurgicale qu'il faut recourir. Et il faut y recourir sans tarder, si l'on a de bonnes raisons de croire qu'il peut s'agir d'une tumeur maligne. On le fait, d'ailleurs, assez volontiers actuellement, étant donné son innocuité relative.

L'aspect macroscopique de la formation est parfois trompeur : dans une observation de M. CURTILLET, « un gros nodule, dur et ombiliqué », avait été pris pour un cancer et la pneumonectomie avait suivi. Il s'agissait en réalité d'un vieil abcès. Cela démontre qu'il faut non seulement voir, palper et ponctionner, mais aussi, en cas de doute, faire une biopsie extemporanée dont le résultat indiquera au chirurgien la conduite à tenir.

PRINCIPALES FORMATIONS SUSCEPTIBLES
DE DONNER UNE IMAGE ARRONDIE
INTRA-THORACIQUE, PSEUDO-TUMORALE

LES TUMEFACTIONS INFLAMMATOIRES ET PARASITAIRES

A. — MÉDIASTINALES :

1° *Les adénopathies inflammatoires.*

Ce sont presque toujours des adénopathies tuberculeuses, mais le diagnostic en est parfois rendu difficile parce qu'elles ne suivent pas constamment de très près la primo-infection. Ces tuberculoses ganglionnaires peuvent être, en effet, des reviviscences endogènes chez les adultes allergiques depuis longtemps.

Les éléments du diagnostic sont représentés avant tout par les antécédents, la cuti-réaction fortement positive, les caractères de l'ombre radiologique, en rapport étroit avec la bifurcation trachéale, homogène, à contour polycyclique (classiquement). D'autre part, lorsque ces adénopathies atteignent un certain volume, il est rare qu'elles ne soient pas accompagnées de signes généraux ou fonctionnels. L'évolution, également, apporte un argument.

Ces adénopathies sont susceptibles d'être confondues avec des adénopathies hodgkiniennes (ou d'une autre hémopathie : leucémie, leucosarcomatose, etc.) : c'est alors la formule sanguine, le myélogramme, la biopsie d'un ganglion périphérique qui font le diagnostic. Elles peuvent simuler, en outre, de nombreuses tumeurs du médiastin : c'est pourquoi on les trouve mentionnées dans les résultats de thoracotomies exploratrices : 2 cas sur 60 thoracotomies dans la série de MM. SANTY et BÉRARD, 8 cas sur 74 formations médiastinales dans celles de GROW et BRADFORD. Enfin, il est parfois difficile de les différencier des « tuberculomes ».

2° *Les tuberculomes.*

A ce niveau, ils sont tout à fait exceptionnels : en 1950, SAMSON en a rapporté 4 cas ; il en avait trouvé 4 autres cas décrits dans la littérature médicale. En 1951, STOREY et LYONS ont fait état de 5 nouvelles observations.

Tantôt latents, tantôt révélés par la dyspnée et la toux, ils siègent de préférence à la partie supérieure du médiastin.

Le diagnostic préopératoire est presque toujours celui de tumeur médiastinale de nature indéterminée. Certains de ces tuberculomes régressent spontanément, d'autres doivent être extirpés chirurgicalement.

B. — INTRAPULMONAIRES :

1° *Les abcès et pseudo-kystes infectieux.*

Ils n'ont pas toujours une symptomatologie typique : lorsqu'ils revêtent une allure traînante, lorsque la vomique n'a pas été franche et a passé inaperçue, lorsque l'image radiologique se présente comme une masse plus ou moins homogène, ils peuvent très bien évoquer un processus néoplasique, d'autant mieux qu'il n'est pas rare de voir une tumeur évoluer avec de la fièvre et une polynucléose sanguine.

Le diagnostic repose essentiellement sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique, d'une part ; l'âge et le sexe sont très importants à noter, ainsi que l'existence d'un foyer infectieux primitif ; sur l'examen de l'expectoration ; sur les données négatives de la bronchoscopie avec les réserves que nous avons déjà formulées. Ces éléments peuvent être insuffisants et faire évoquer successivement :

Un foyer rond tuberculeux : si le malade a une expectoration purulente, il serait étonnant que l'on n'y trouvât pas, alors, de bacilles acido-résistants.

Un kyste hydatique infecté : là encore l'interrogatoire et les examens de laboratoire ne sont pas toujours probants. Mais l'erreur est de peu d'importance.

Une tumeur maligne surtout : à ce sujet, M. CURTILLET a attiré l'attention sur l'aspect pseudo-tumoral de certaines suppurations pulmonaires. Aussi doit-on souvent recourir à la thoracotomie exploratrice, et on le fera d'autant plus volontiers que le traitement des suppurations chroniques est la résection lobaire ou segmentaire.

2° *Les foyers ronds tuberculeux.*

Depuis l'observation de JACOBÆUS et KEY (1921), celles de GRAHAM et SINGER (1936), les foyers ronds tuberculeux et plus spécialement le « tuberculome » ont été étudiés par de nombreux auteurs. En France, nous citerons entre autres les cas relatés par MM. EVEN et LECŒUR, KOURILSKY et FOURESTIER, GALY, DUROUX ; les thèses de Mme DE SAINT-GERMAIN, de DELEBECQUE.

Nous ne discuterons pas ici l'individualité du « tuberculome », ses rapports avec l'infiltrat rond (l'unanimité n'est pas faite), son diagnostic avec la caverne pleine ; nous conserverons le terme plus général de foyer rond tuberculeux.

Le diagnostic de ces foyers est essentiellement basé sur l'âge, sur les antécédents qui peuvent être absents, sur la constatation très inconstante du bacille de Koch dans l'expectoration ou dans les sécrétions bronchiques prélevées sous bronchoscopie ; sur les données par ailleurs négatives de celle-ci ; sur l'évolution, elle-même variable.

On conçoit aisément que de telles formations posent fréquemment des problèmes diagnostiques avec les tumeurs d'une part : les exemples abondent où la thoracotomie a été faite pour cancer bronchique pro-

bable ; avec le kyste hydatique : un exemple typique est celui d'un malade de M. D'HOUR, qui avait eu des crises d'urticaire et chez lequel on n'avait pu mettre en évidence de bacille tuberculeux : à l'intervention (MM. SANTY et BÉRARD), on découvrit un tuberculome.

Parmi les productions pseudo-tumorales, des collections pleurales enkystées rondes se présentent sous un aspect radiologique très voisin ; certaines sont d'ailleurs de nature tuberculeuse et alors le diagnostic est délicat. C'est la lecture attentive des clichés, de profil surtout, avec étude minutieuse des rapports de l'image ronde avec les scissures qui peut mettre sur la bonne voie. La ponction, l'évolution apporteront la confirmation de cette hypothèse.

On ne parvient pas toujours à surmonter toutes ces difficultés de diagnostic : l'exploration chirurgicale s'impose. Le traitement des tuberculomes est d'ailleurs lui-même chirurgical le plus souvent, par exérèse segmentaire ou lobaire.

3° *Les infarctus pulmonaires sphériques.*

Ils sont parfois assez nettement arrondis pour faire évoquer le diagnostic de kyste ou de tumeur.

Mais, étant données les conditions dans lesquelles ils surviennent, c'est plutôt avec une autre formation d'aspect pseudo-tumoral que l'on risque de les confondre : l'épanchement interlobaire enkysté rond des cardiaques. MM. LAUBRY, LENÈGRE et BACH ont décrit les signes qui permettent de les différencier : présence de fièvre et expectoration hémoptoïque, opacité de siège juxta-scissural et non « à cheval » sur la scissure, moins ronde, moins homogène, ne subissant pas de déformation à l'inspiration profonde ; le parenchyme adjacent est plus ou moins modifié, la ponction est négative, l'évolution différente.

L'infarctus peut d'ailleurs être lui-même générateur d'une collection enkystée ronde pseudo-tumorale : épanchement interlobaire ou hématorne enkystés.

4° *Les pneumopathies « huileuses ».*

La pauvreté, la banalité de leur symptomatologie au début, explique qu'on ne les voie parfois qu'à un stade où les nodules sont conglomérées et se traduisent par une ombre dense qui peut être de forme arrondie.

Leur diagnostic est uniquement basé sur l'anamnèse, qui fait rattacher à sa cause véritable l'image qui avait pu faire penser à une silicose pseudo-tumorale, à un cancer des bronches.

Ces pneumonies huileuses doivent souvent d'ailleurs être traitées chirurgicalement par exérèse lobaire.

5° *Les bronchopneumopathies localisées à forme pseudo-tumorale.*

MM. FRÉOUR et CARRÈRE ont publié récemment une observation où le diagnostic le plus probable était, au début, celui de néoplasme.

L'image était celle d'une masse dense, nettement arrondie, à contour plutôt flou, siégeant à la base gauche. Elle avait été découverte

chez un homme de 53 ans, vieux tousseur. L'expectoration était purulente, ne contenait pas de bacille tuberculeux. A la bronchoscopie, on vit une masse compacte de sécrétions, dans lesquelles on ne décela pas de cellules cancéreuses ; la guérison fut obtenue par un traitement antibiotique et trois séances de bronchoaspiration.

6° *Les mycoses d'aspect pseudo-tumoral.*

Etant donnée la rareté de mycoses pulmonaires en général et, parmi celles-ci, la rareté de formes pseudo-tumorales, elles ne sont généralement évoquées qu'en dernier ressort.

Le diagnostic, après élimination des formations plus communes, est établi par culture de l'expectoration sur milieu de Sabouraud (après précautions d'usage, en particulier rinçage de la bouche au Lugol). Il est confirmé par une intra-dermoréaction avec la culture. La constatation d'une mycose cutanée concomitante est un puissant argument.

Au cours de ces dernières années, plusieurs observations où le diagnostic fut difficile ont été signalées : une actinomycose prise pendant quelque temps pour un cancer bronchique (M. DELARUE), une moniliose considérée comme une tuberculose (M. LECŒUR). M. Olivier MONOD a fait récemment, à propos de 4 cas personnels d'aspergillome bronchectasiant, une étude de cette affection.

Le traitement ioduré n'est pas toujours actif et il arrive que ces productions doivent être extirpées chirurgicalement.

7° *Les gommés syphilitiques, les « Syphilomes ».*

Le chapitre de la syphilis pulmonaire est extrêmement confus ; elle est certainement très rare.

Pour affirmer l'origine syphilitique d'une masse pulmonaire, les antécédents cliniques de spécificité, la sérologie positive sont des conditions nécessaires mais non suffisantes qui ne dispensent pas d'envisager d'abord une étiologie moins exceptionnelle.

Les formes qui nous intéressent ici peuvent prendre le masque de n'importe quelle tumeur ou kyste intrathoracique, aucun caractère clinique ou radiologique ne leur étant propre : dans l'observation de M. CURTILLET, on avait soulevé trois hypothèses : tumeur pulmonaire bénigne, tumeur maligne, kyste hydatique.

Un traitement d'épreuve, bien conduit, n'est concluant que s'il a une action spectaculaire.

C. — PARIÉTALES :

1° *Les abcès froids costaux.*

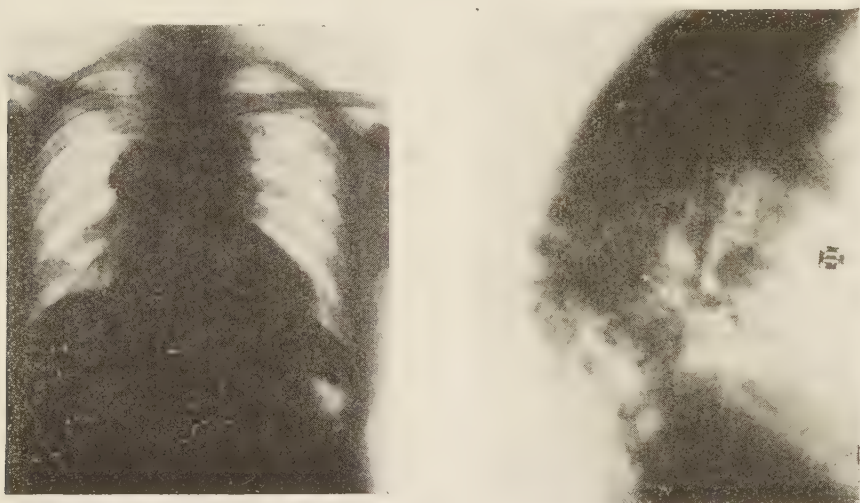
Lorsqu'ils se développent vers l'intérieur du thorax, leur image radiologique peut amener à discuter une tumeur de la paroi ou de la plèvre, un cancer bronchiolaire périphérique.

Un examen clinique complet, une ponction suffisent en général à trancher la question. On doit, parfois, faire appel à la tomographie, au pneumothorax explorateur.

2° Les abcès pottiques.

Sur le vu du cliché de face, surtout, ils peuvent faire penser à une tumeur.

Il est parfois facile d'éviter le piège, d'une part en faisant un examen complet du malade, d'autre part n'oubliant pas de tirer un cliché de profil du thorax, et, au besoin, en radiographiant la colonne vertébrale. L'image elle-même est classiquement fusiforme ; il n'en est pas toujours ainsi, comme en témoignent les radiographies que nous reproduisons ici. Les calcifications ne sont pas obligatoirement périphériques : des grains calcaires disséminés dans toute la masse peuvent faire évoquer chondrome, un tuberculome.



M. Le... Robert. 10.-4-48.

LES FORMATIONS D'ORIGINE VASCULAIRE

La plus fréquente, la mieux connue, est représentée par l'anévrisme de l'aorte. C'est lui que nous étudierons en premier lieu.

L'ANÉVRYSME DE L'AORTE :

Les signes cliniques sont des plus classiques et permettent souvent, joints aux données de l'examen radiologique, de faire aisément le diagnostic. Ils ne sont toutefois pas constants : les douleurs n'ont pas forcément un caractère angineux typique. Les signes d'auscultation

cardiaque, l'inégalité des pouls radiaux, le retard du pouls radial gauche, le signe d'Oliver et Cardarelli peuvent manquer. Les signes de compression médiastinale, s'ils existent, n'ont rien de caractéristique.

Si l'ombre apparaît parfois, sur l'écran radioscopique, faisant corps avec l'aorte, battante et expansive, d'autres fois ses rapports avec les vaisseaux sont difficiles à préciser ; souvent le caractère expansif est impossible à évaluer ; la tuméfaction peut être battante, comme n'importe quelle formation solide en contact étroit avec l'aorte.

La radiographie de profil, les coupes tomographiques n'apportent pas toujours d'argument décisif.

Quant aux réactions sérologiques de la syphilis, elles peuvent être — très rarement, il est vrai — négatives, et l'on sait que leur résultat positif n'est pas suffisant pour repousser formellement l'hypothèse de tumeur.

Cela explique le nombre relativement considérable d'anévrysmes découverts au cours des thoracotomies pour tumeur médiastinale probable. Reprenons quelques statistiques : BLADES, au cours de 114 thoracotomies, trouve 5 anévrysmes ; WATSON et DIAMOND, 2 anévrysmes sur 13 formations médiastinales ; MM. SANTY et BÉRARD, 1 dans une série de 60 thoracotomies.

Un aspect tout à fait trompeur a été signalé par MM. BÉRARD : celui de faux neurinome en sablier dont nous avons parlé plus haut.

C'est dans de tels cas qu'il est nécessaire de mettre en œuvre deux méthodes complémentaires : l'angiographie et le pneumomédiastin.

AUTRES ANÉVRYSMES ET ANOMALIES VASCULAIRES :

Des anévrysmes des gros vaisseaux intrathoraciques autres que l'aorte ont été vus à l'exploration chirurgicale : anévrysme du tronc brachio-céphalique (MM. SANTY et BÉRARD) ; anévrysme de la sous-clavière gauche, opérée avec le diagnostic de neurinome (TEMPLE) : ectasie de l'oreillette gauche ayant simulé un kyste pédiculaire (SANTY et BÉRARD) ; ectasie du ventricule droit (GROW et BRADFORD).

Des anomalies de position ou de direction des gros vaisseaux exposent aux mêmes erreurs : aorte flexueuse, par exemple (CORCORAN, NEMEC).

Le diagnostic de toutes ces formations paraît relever des mêmes procédés que celui des anévrysmes aortiques.

MALFORMATIONS VASCULAIRES INTRAPARENCHYMEUSES. (ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX PULMONAIRES.)

Ils se présentent souvent, eux aussi, sous l'aspect d'une image ronde.

L'examen clinique fournit de très puissants arguments pour le diagnostic : cyanose, dyspnée, hémoptysies, polyglobulie. Il doit être complété par la cinédensigraphie et par l'angiopneumographie.

En 1950, M. TROCMÉ a publié l'observation d'un garçon de 5 ans qui a été guéri par une lobectomie. Plus récemment, MM. d'ALLAINES, DURAND et MÉTANU ont relaté trois cas opérés avec succès.

LES COLLECTIONS PLEURALES ENKYSTÉES ARRONDIES

Nous envisagerons d'abord le groupe des pleurésies enkystées ; ensuite, celui des hématomes pleuro-pulmonaires enkystés.

Cette division est artificielle puisqu'un certain nombre de ceux-ci est représentée par des pleurésies hémorragiques organisées. Cependant, en général, des conditions étiologiques, des signes cliniques, des caractères évolutifs différents incitent à en faire une classe autonome.

LES PLEURÉSIES ENKYSTÉES ARRONDIES

Vers 1930, alors que l'on venait de démontrer que l'abcès du poumon était beaucoup plus fréquent que l'empyème interlobaire, on a eu tendance à restreindre à l'extrême la pathologie des interlobes.

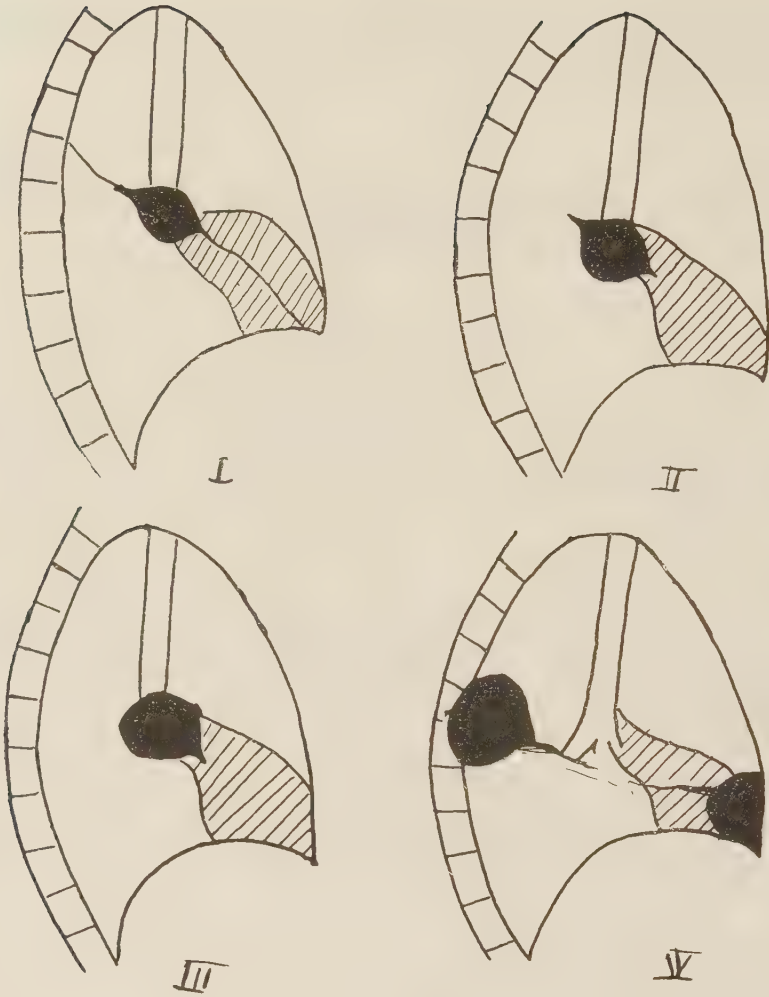
Depuis quelques années, l'attention de plusieurs auteurs s'est de nouveau fixée sur des aspects radiologiques curieux, véritablement pseudo-tumoraux, que présentent certains épanchements enkystés et qui posent des problèmes de diagnostic et de thérapeutique difficiles à résoudre. Ce sont ces pleurésies que l'on a qualifiées de « rétractées » ou de « contractées ». Comme celles de la grande cavité, elles relèvent de plusieurs étiologies.

Caractères radiologiques. — Ce sont des images arrondies, denses, homogènes, à contour net, de volume très variable.

Un point est essentiel : l'examen, sur le cliché de profil principalement, des rapports de la masse avec la scissure.

Il faut donc essayer de déterminer la position « à cheval » sur celle-ci, rechercher attentivement si l'ombre n'est pas quelque peu elliptique, à grand axe oblique en bas, et en avant. Lorsque l'opacité est absolument ronde, il peut néanmoins exister, partant de ses pôles postéro-supérieur et antéro-inférieur, un prolongement linéaire plus ou moins sinueux traduisant évidemment la ligne scissurale (I). Ce prolongement est parfois réduit à une sorte de bec très court qui peut être bipolaire (II) ou unipolaire (III).

Enfin, il existe des épanchements eux-mêmes ronds en deux masses (bipolaires : IV), ou plus.

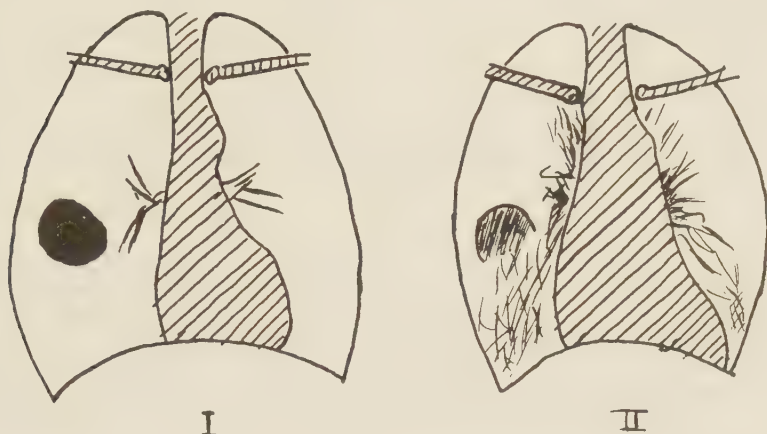


1° *Les hydrothorax enkystés arrondis :*

Les pleurésies enkystées interlobaires des cardiaques sont bien connues des cardiologues. Elles ont été étudiées en détail par MM. LAUBRY, LENÈGRE et BACH (1942). Ce sont elles que des auteurs américains ont décrites sous la dénomination expressive de « vanishing tumors of the lung ». Mais il faut reconnaître que beaucoup d'entre elles ne sont pseudo-tumorales qu'à première vue : l'examen clinique qui révèle des signes patents d'insuffisance cardiaque, la radiologie qui montre une silhouette cardiaque franchement pathologique, un aspect « congestif »

intense des hiles, une condensation des bases parfois bilatérale, peuvent faire soupçonner l'étiologie réelle de l'image ronde surajoutée.

Les schémas suivants montrent les aspects extrêmes sous lesquels ces épanchements peuvent se présenter sur le film :



Il est manifeste que le diagnostic est beaucoup plus difficile dans le cas I que dans le cas II. Il s'appuie d'abord sur la clinique : le degré de défaillance cardiaque est très variable, mais on observe ces épanchements de préférence chez les hypertendus et artérioscléreux (GEFTER). Parfois, l'examen est négatif ; il est alors nécessaire d'avoir un électro-cardiogramme.

Le signe fonctionnel le plus courant, qui est souvent révélateur, est la dyspnée d'effort ou de décubitus. Pour ce qui est des signes physiques pulmonaires, ils sont généralement discrets ou absents.

L'image radiologique, d'après MM. LAUBRY et LENÈGRE, présente des opacités soit elliptiques, soit en raquette, soit arrondies. Ce sont celles-ci qui nous intéressent. Elles siègent presque toujours à droite, elles sont denses et homogènes, suspendues en plein parenchyme sain ou au milieu d'une zone nuageuse. Elles s'élèvent et s'abaissent à l'inspiration profonde. La ponction ramène un liquide à formule de transsudat.

Le diagnostic différentiel se pose d'abord, surtout si la preuve de la défaillance cardiaque est faite, avec l'infarctus pulmonaire, mais le mouvement fébrile, les crachats hémoptoïques, les caractères de l'image radiologique, la ponction négative et l'évolution permettent la différenciation (MM. LAUBRY et LENÈGRE).

Il se pose ensuite avec les cancers et kystes du poumon : Dans l'observation I de GEFTER, l'âge du malade (53 ans), la dyspnée, la toux, un wheezing, l'image radiologique avaient d'abord fait penser à un cancer bronchique ; une bronchoscopie avait dû être faite.

Le malade de MM. SANTY, DE LÉOBARDY et GALY a fait émettre successivement les hypothèses d'infarctus pulmonaire (mais l'ombre augmentait de volume), de métastase d'une tumeur rénale (il y avait eu hématurie, mais l'urographie et l'examen gynécologique n'avaient rien montré d'anormal), de cancer primitif des bronches ou de kyste hydatique. C'est la thoracotomie qui a tranché la question.

MM. PRUVOST et TEYSSIER ont également publié une observation d'épanchement de ce type, diagnostiqué par ponction ; il était accompagné d'un épanchement bilatéral de la grande cavité.

Ces épanchements des cardiaques réagissent remarquablement à la cure digitale qui a été proposée comme traitement d'épreuve (*vanishing tumors*).

2° Les épanchements séro-fibrineux.

Si les épanchements séro-fibrineux de la grande cavité sont, le plus souvent, de nature tuberculeuse, il est impossible d'affirmer que les épanchements interlobaires le soient dans la même proportion. Parmi ceux qui ont été signalés au cours de ces dernières années, les uns ne le sont certainement pas ; par exemple, l'observation de M. Robert MONOD (1949) concerne une pleurésie « contractée » très vraisemblablement consécutive à un infarctus du poumon (inoculation du liquide négative, sujet à cuti-réaction négative, crachats hémoptoïques sans bacille de Koch). Dans d'autres observations, on fait seulement état du caractère séro-fibrineux du liquide, à formule lymphocytaire ; il est impossible de tirer une conclusion ferme.

Quoiqu'il en soit, leur diagnostic pose des problèmes à peu près identiques à ceux que posent les épanchements sphériques des cardiaques. Cependant, ils se signaleraient plus souvent que ceux-ci par un point de côté, moins souvent par de la dyspnée. Les signes physiques sont plus nets : on peut trouver la matité suspendue, décrite par DIEU-LAFOY. Mais ils peuvent être latents, découverts lors d'un examen systématique (observation de MM. DUROUX et MARTY).

Les difficultés de leur diagnostic différentiel sont connues depuis longtemps ; M. BORDET a signalé, à propos des observations de MM. DUROUX et MARTY, qu'il avait vu opérer, dans le service de SERGENT, avec le diagnostic de kyste hydatique, un tel épanchement tuberculeux.

Le cas relaté par M. Robert MONOD faisait penser à un kyste ; dans l'observation (I) de MM. DUROUX et MARTY, on avait envisagé 3 hypothèses : processus inflammatoire, processus néoplasique, collection interlobaire (la ponction avait confirmé la dernière).

En ce qui concerne l'évolution et le traitement de ces épanchements, la résorption spontanée paraît fréquente.

3° Les épanchements purulents.

Qu'ils soient de nature tuberculeuse ou non, leur diagnostic est surtout basé sur les caractères et évolution de l'image radiologique, le résultat de la ponction exploratrice. Il se pose principalement avec l'ab-

cès du poumon, l'infarctus, le cancer des bronches, le kyste hydatique (observations de MM. MONGES et POINSO). Il se pose aussi avec des foyers ronds tuberculeux. C'est ainsi que dans l'observation de MM. DUFOURT, BÉRARD et FRAISSE, le malade avait été envoyé à la campagne pour infiltrat d'Assmann. Il s'agissait en réalité d'un empyème interlobaire enkysté non tuberculeux.

4° Les épanchements chyleux.

Nous en avons relevé un cas, d'origine traumatique (blessure opératoire du canal thoracique, vraisemblablement) qui était enkysté au niveau du sommet gauche et avait été pris pour un neurinome (MM. DUBEAU et DUROUX).

Nous avons eu en vue, surtout, les épanchements enkystés interlobaires. Les épanchements enkystés axillaires ne donnent pas aussi souvent, à notre connaissance, d'image vraiment ronde. Certains peuvent, cependant, faire penser à une tumeur de la plèvre, à un abcès froid costal à développement intrathoracique, voire à un cancer bronchio-laire périphérique.

Les épanchements enkystés diaphragmatiques posent les problèmes de diagnostic des images rondes de la base au contact du diaphragme que nous étudierons plus loin.

Les pleurésies médiastinales font discuter parfois une tumeur médiastinale, un mégacœsophage.

Pathogénie. — Pour expliquer la formation de ces épanchements sphériques, on invoque, en général, la présence d'une symphyse de la grande cavité et d'un cloisonnement de la scissure. Dans ces conditions, une augmentation de la pression du liquide dans la cavité close déterminerait une collection arrondie.

LES HÉMATOMES PLEURO-PULMONAIRES ENKYSTÉS

En 1919, SERGENT et PRUVOST publiaient à leur sujet une note dans laquelle ils en décrivaient la symptomatologie en insistant sur la fréquence de l'hémoptysie du début, sur les difficultés du diagnostic différentiel entre ces hématomes et les kystes hydatiques. Ils considéraient que certains étaient d'origine traumatique, d'autres d'origine non traumatique et signalaient trois modes d'évolution : suppuration et guérison par vomique, organisation, guérison par ponctions répétées.

Tout récemment, MM. SAUVAGE et DELAFONTAINE ont rapporté deux nouvelles observations, où ils mentionnent les difficultés du diagnostic, qui est souvent celui de tumeur intrathoracique de nature indéterminée.

Ils ne peuvent être reconnus que par ponction ou lors de l'intervention.

Leur traitement présente souvent de grandes difficultés, comme l'ont souligné MM. MATHEY et MANNES : il est des cas où l'on ne peut arriver à tarir l'épanchement par des ponctions répétées, et l'exérèse du kyste est une intervention dangereuse.

MALFORMATIONS - EVENTRATIONS ET HERNIES DIAPHRAGMATIQUES FORMATIONS INTRA-ABDOMINALES A PROJECTION THORACIQUE

Nous réunissons dans le même chapitre toutes ces formations dont certaines sont congénitales, dont les autres sont acquises (infectieuses ou traumatiques), parce que, du fait de leur siège à l'extrême base, au contact de la coupole diaphragmatique, elles posent des problèmes de diagnostic particuliers.

Une première question se pose : la masse est-elle intrathoracique ou intra-abdominale ? Pour le savoir, nous avons un excellent procédé : le pneumo-péritoine. Nous répétons qu'il n'est pas infailible ; il peut arriver qu'il n'y ait pas de décollement en face de l'image anormale. Néanmoins tous les auteurs sont d'accord sur la place de premier rang qu'il doit occuper dans ces cas, MM. Robert MONOD et R. AZOULAY, DROUET et FAIVRE, CLAY, et beaucoup d'autres ont insisté sur ce fait.

Il faut préciser ensuite, dans la mesure de nos moyens, l'étiologie de l'opacité.

Dans le thorax, les formations non tumorales sont peu nombreuses à cet étage (rares abcès pariétaux à développement intra-thoracique ou pleurésies enkystées à contour arrondi). On essayera de les différencier des productions tumorales : cancer à image pseudo-kystique, kyste pleuro-péricardique, kyste hydatique.

Dans l'abdomen, au contraire, il existe toute une gamme de « fausses tumeurs » dont l'image est susceptible de se projeter à la base du thorax : l'abcès sous-phrénique, de diagnostic très classique (antécédents, signes infectieux), les hernies et les éventrations diaphragmatiques à contenu opaque dans lesquelles on peut trouver : soit des viscères pleins : foie ou lobe anormal du foie (observations de MM. Robert MONOD et AZOULAY, DROUET et FAIVRE, CHILD, KNÖPP, HUCHES), rate (observation de MM. BARIÉTY et COURY), rein (deux observations de BUGDEN), soit des viscères creux ou de l'épigloon qui se traduisent quelquefois par une image opaque ; soit des kystes ou abcès des viscères pleins.

Pour aboutir à un diagnostic précis, il est nécessaire d'examiner attentivement le liseré du diaphragme après création du pneumo-péritoine : s'il est continu, il s'agit d'une éventration ; s'il est interrompu, c'est une hernie. MM. Robert MONOD et AZOULAY ont proposé, en outre, de faire une insufflation côlique pour dessiner la face supérieure du foie, de donner un lavement baryté pour souligner sa limite inférieure.

Pour les hernies diaphragmatiques du rein, BUGDEN a réussi une fois à poser le diagnostic avant l'intervention grâce à l'urographie intra-veineuse.

DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE MEGŒSOPHAGES

Ils donnent, en effet, parfois une image sombre. Pour les diagnostiquer, il faut faire un examen radiologique, non pas après ingestion de quelques cuillerées de bouillie opaque, mais après un véritable repas baryté (MM. BARIÉTY, LESOBRE et CHOUBRAC).

LES MENINGOCELES INTRATHORACIQUES

Elles sont presque toujours prises pour des neurinomes. Il n'en existe d'ailleurs que quelques observations dans la littérature médicale. Les chirurgiens américains en ont opéré quelques cas (CIACLIA, BYRON, MENDELSON). Le dernier suggère comme moyen de diagnostic : la myélographie gazeuse et la myélographie par substance opaque dans une position déterminée du patient ; la soustraction de liquide céphalo-rachidien qui pourrait être suivie d'une diminution de volume de l'image.

LES ANOMALIES DU LOBE AZYGOS

Un lobe azygos peut être densifié, son contour externe arrondi : il simule alors une tumeur médiastinale, d'origine thyroïdienne, en particulier.

LES PNEUMOCONIOSES A FORME PSEUDO-TUMORALE

MM. DELORD et BESSON ont relaté un cas de silicose à forme pseudo-tumorale unilatérale, qui avait posé un problème de diagnostic délicat, pour lequel le pneumothorax explorateur et la pleuroscopie avaient apporté des renseignements intéressants. Nous rapporterons un cas à peu près semblable, si ce n'est que l'autre champ pulmonaire est aussi le siège d'une opacité, bien moins compacte, bien moins nettement limitée, il est vrai.

M. EVEN a insisté sur le fait que toute silicose est bilatérale ; que ce n'est que l'aspect pseudo-tumoral qui peut-être unilatéral.

Le diagnostic est basé, essentiellement, sur les antécédents et l'image radiologique ; souvent sur la dyspnée, éventuellement sur l'aspect endoscopique de la plèvre.

OBSERVATIONS

Voici maintenant sept observations de malades porteurs de formations dont l'image évoquait la présence d'une tumeur dans le thorax.

Le diagnostic a présenté des difficultés plus ou moins grandes : tantôt la simple création d'un pneumopéritoine a donné la solution du problème, tantôt des procédés plus compliqués, tels que l'angiopneumographie et le pneumomédiastin n'ont, eux-mêmes, été nullement démonstratifs.

Certaines de ces observations manquent de précision, nous nous en excusons. Nous avons cru devoir en faire état, en raison de l'intérêt que présente leur iconographie.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à MM. BARIÉTY et COURY qui ont bien voulu nous confier ces documents. Nous remercions également Monsieur le Docteur ROUBINET qui nous a autorisé à publier une observation (Observation VII).

OBSERVATION I

Monsieur He... Raymond, âgé de 35 ans, boucher, entre dans le service de pneumo-phtisiologie de l'Hôtel-Dieu le 22 novembre 1950. Il y est envoyé par M. Cord.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents son père est décédé en 1948 à la suite d'une hémorragie interne, sa mère en 1940 à la suite d'une « congestion » ; ses frères et sœurs sont bien portants ; il est le père d'un garçon de 8 ans dont la cuti-réaction est négative. Lui-même a été atteint, à l'âge de 17 ans, d'une congestion pulmonaire ; sa cuti-réaction était négative il y a trois mois.

Le début de sa maladie semble remonter au mois de mai 1950, marqué par une perte de poids de 6 kilos en un mois, rapportée à un surmenage, cependant que s'est installée une toux sèche, quinteuse. C'est pour ces troubles que M. He... est allé consulter son médecin qui a fait alors une radiographie du thorax : celle-ci a montré une opacité de la base gauche à limite supérieure convexe. Des radiographies de l'estomac tirées à la même époque après repas baryté n'ont pas révélé d'anomalie au niveau de cet organe.

De mai à novembre 1950, le malade a continué de travailler, la toux a disparu, il a repris du poids ; il a surveillé sa température qui est restée normale. En novembre 1950, il va consulter le docteur Lenormant qui lui fait faire un certain nombre d'examens :

1° Une radiographie du thorax sur laquelle on remarque, au niveau de la base gauche, une opacité arrondie volumineuse, occupant tout l'angle cardio-phrénique ; dans sa portion externe elle n'atteint pas tout à fait la paroi thoracique et laisse libre le sinus costo-diaphragmatique ; en haut, elle se raccorde à angle obtus mais net avec l'ombre cardiaque à mi-hauteur de l'arc inférieur ; en dedans et en bas, elle se superpose avec l'ombre du ventricule gauche et de l'hémi-diaphragme. Son contour est bien arrondi, régulier ; il se détache avec netteté du parenchyme pulmonaire qui ne paraît nullement altéré à son voisinage. L'opacité est homogène, elle n'est pas très dense, laisse voir facilement les arcs costaux qui se projettent à son niveau, et même certaines travées broncho-vasculaires. Le contraste avec l'ombre cardiaque est évident.

A droite : on ne note qu'un module crétaqué de la base, quelques festons sur le diaphragme.

Le cliché de profil précise la position de cette masse, qui est postérieure ; près de son pôle antérieur, une zone de clarté peu homogène, dégradée sur les bords, mal limitée en avant et en haut, mais nettement tronquée en bas par la coupole diaphragmatique.

2° Une radiographie de l'intestin après lavement baryté.

3° Une intradermo-réaction de Casoni est négative.

4° Une ponction transpariétale ramène un liquide citrin contenant 37 % de lymphocytes, 48 gr. d'albumine par litre ; on n'y trouve pas de germe.

5° Une formule sanguine est normale, mise à part l'éosinophilie (3 %).

6° La vitesse de sédimentation est légèrement accélérée : 7-22-69. Le malade est alors adressé à M. Cord. Une nouvelle ponction est blanche. Le 22 novembre 1950, M. He... est hospitalisé en vue de la création d'un pneumothorax explorateur.

Actuellement l'état général est satisfaisant, la température est normale. L'examen de l'appareil pulmonaire montre au niveau de la base gauche une zone de matité s'étendant sur un travers de main environ, une diminution des vibrations vocales ainsi que du murmure vésiculaire. L'exploration clinique des autres appareils n'apporte aucun élément digne d'intérêt. La tension artérielle est de 14,5/9.

Un pneumothorax gauche est créé et, le 23 novembre 1950, M. Coury fait une pleuroscopie dont voici le compte rendu : « Les lobes pulmonaires sont parfaitement libres. Le bord inférieur du poumon au contact de la masse a un aspect vineux et caséifié. La masse est parfaitement visible, sous forme d'un bombement lisse, blanc rosé, développé sur les faces postéro-supérieure et externe du diaphragme, moyennement vascularisé. Il n'est pas dissociable de la coupole diaphragmatique ; ses limites se confondent insensiblement avec le diaphragme, à angle obtus. La consistance est rénitente avec mobilisation et déformation à la toux et laisse supposer un contenu liquide. Cependant, trois tentatives de ponctions en des points différents restent infructueuses, l'aiguille donnant l'impression de pénétrer dans une masse rénitente et dépressible, solidaire des mouvements du muscle ».

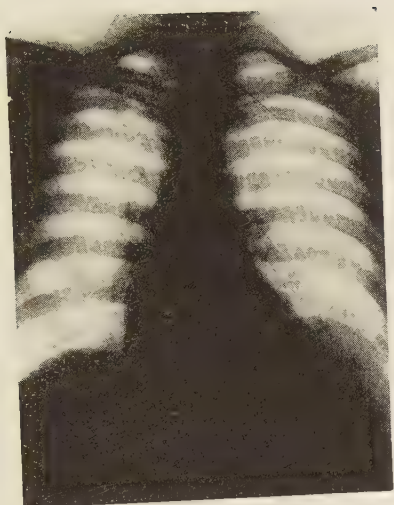
Intervention le 12 décembre 1950. M. Olivier Monod : « Événtration partielle du diaphragme à gauche. Le défoncement du diaphragme porte sur la partie postéro-externe. Pas de solution de continuité. On ouvre le diaphragme, on trouve une rate normale adhérente par sa face supérieure au diaphragme. On suture le diaphragme et on prend une série de ris qui réduisent l'événtration. Poumon sain et libre. On a excité électriquement le plrénique gauche ; on a obtenu des contractions des piliers et des faisceaux sterno-chondraux, mais pas de contraction des faisceaux C 8, C 9, C 10, C 11 qui correspondent à l'événtration. »

En résumé, on découvre à l'occasion d'un examen radiologique du thorax, motivé par des symptômes d'une grande banalité (toux, amaigrissement), une volumineuse opacité parfaitement arrondie et homogène de la base gauche. Etant donné la profession du malade (boucher), l'éosinophilie, on envisage immédiatement l'hypothèse d'un kyste hydatique du poumon. Evidemment, on n'a pas la notion d'antécédents caractéristiques tels qu'urticaire, asthme, petite hémoptysie ; l'intradermo-réaction de Casoni est négative. Malgré tout, on ne peut éliminer catégoriquement cette hypothèse. Mais la ponction transpariétale — peut-être un peu hasardeuse dans ces circonstances — permet d'écarter définitivement ce diagnostic.

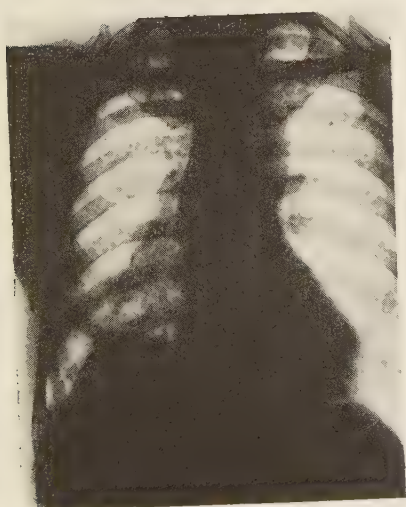
Un kyste pleuro-péricardique peut donner des images de ce type, à quelques nuances près cependant (angles de raccordement moins nets, déformation de la coupole) ; mais surtout il est presque toujours antérieur (JAUBERT et BEAUJEU).

Un cancer d'aspect pseudo-kystique est improbable en raison de l'âge du dujet, des caractères évolutifs.

On doit surtout penser à une événementration ou hernie diaphragmatiques à contenu opaque (il eût peut-être été bon de faire un pneumopéritoine, un lavement baryté). La pleuroscopie après pneumothorax apporte des renseignements sur la consistance et les rapports de la tuméfaction. C'est la thoracotomie qui fait le diagnostic.



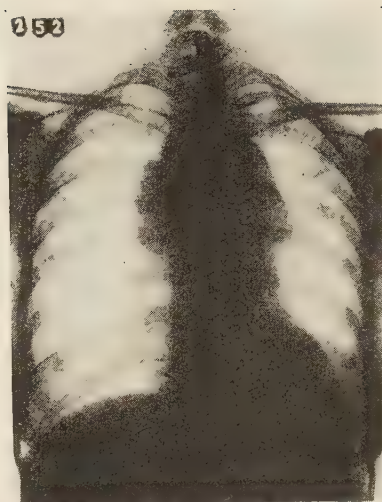
OBS. I. Novembre 1950.



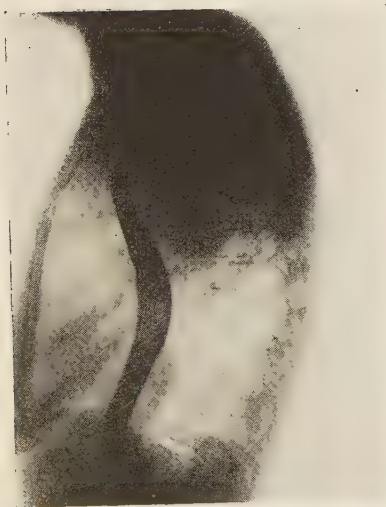
OBS. II. 18-6-50.



OBS. II. 29-6-50.



OBS. III. 3-1-51.



OBS. III. 5-1-51.



OBS. III. 8-1-51.

OBSERVATION II

C'est au cours d'un examen radiologique systématique que l'on a découvert, chez Monsieur G... Alfred, une opacité homogène de la base droite, au mois de juin 1951.

Cet homme, âgé de 58 ans, magasinier, est un ancien paludéen ; il a eu une hémoptysie en 1928.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 21 juin 1951 ; l'affection qui vient d'être dépistée est absolument latente.

La radiographie du thorax, faite le 18 juin, montre une opacité semi-circulaire de la base droite, convexe en haut, impossible à différencier de la coupole droite et dont, par conséquent, on ne peut affirmer le siège intrathoracique ou intra-abdominal. Cette opacité se continue en bas avec celle du foie, sans aucune ligne de démarcation ; en dedans elle forme un angle aigu ouvert en haut. En dehors, elle n'atteint pas la paroi thoracique. Son volume est à peu près celui d'une orange. Elle est homogène, dense, à contour net.

Entre cette masse et le hile, le parenchyme est le siège de traînées opaques non homogènes, au sein desquelles se détachent quelques nodules bien contrastés, d'aspect fibro-calcaire. Le sinus costo-diaphragmatique est émoussé. Sous la clavicule gauche, on remarque trois ou quatre nodules ayant la même allure que ceux de la base droite.

La radiographie de profil met en évidence le siège antérieur de l'image arrondie.

Ce même jour (18-6-51), la recherche de bacilles tuberculeux dans le liquide de tubage gastrique s'avérait négative ; la vitesse de sédimentation globulaire était normale : 3-7-43.

Le 29 juin, on crée un pneumopéritoine (insufflation de 1.000 cc) qui est suivi de la prise de radiographies (face et profil droit). L'interprétation en est rendue difficile par un emphysème sous-cutané important. Néanmoins, sur le cliché de profil, il semble exister une tuméfaction sus-hépatique.

Le lendemain, 30 juin 1951, on fait une intradermo-réaction de Cassoni : elle est positive. Dans la demi-heure qui suit l'injection intradermique de 1/3 cc. d'antigène hydatique à la face antérieure de l'avant-bras, apparaît une papule de 10 mm. de diamètre ; la réaction persiste trois quarts d'heure environ. Le témoin au sérum physiologique n'a pas réagi.

Le 2 juillet, le résultat d'une formule sanguine apporte encore un élément intéressant : l'éosinophilie.

G.R. 4.460.000

	{	Poly N 69
G.B. 4.800		Eosinophiles 4
		Lymphocytes 6
		Moyens mono 21

Le malade quitte le service le 3 juillet, il revient le 10, pour faire insuffler son pneumopéritoine (1.500 cc).

La radiographie du 12-7-52 est démonstrative : la coupole diaphragmatique est nettement séparée de la masse par un croissant clair ; celle-ci est certainement intra-abdominale et paraît faire corps avec le foie.

Le Docteur Monod conseille l'intervention et le 14 juillet M. G... rentre chez lui en attendant son admission à l'Hôpital Laënnec.

Cette observation est un exemple de diagnostic relativement facile : une intradermo-réaction de Casoni positive (pour la première fois), associée à une éosinophilie sanguine, l'origine manifestement hépatique de la formation démontrée par un cliché après création d'un pneumopéritoine, permettent d'affirmer l'existence d'un kyste hydatique du foie dont l'image se projette à la base droite du thorax.

OBSERVATION III

Madame Re... Rosine entre dans le service de pneumo-ptisiologie de l'Hôtel-Dieu le 3 janvier 1951 pour des troubles dont le début remonte à plusieurs années. Elle est actuellement âgée de 47 ans.

L'interrogatoire ne décèle aucune affection digne d'intérêt chez les membres de sa famille. Elle-même a eu dans son enfance quelques maladies infectieuses banales (rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde), mais a été, dans l'ensemble, bien portante jusqu'à 1943. A partir de ce moment les épisodes pathologiques vont se multiplier :

En 1943, donc, en raison d'une toux persistante accompagnée de fatigue, Madame Re... va consulter. On tire un cliché du thorax dont la lecture est rendue imprécise par un mauvais dégagement des omoplates : l'aorte paraît être un peu trop grosse, il existe quelques opacités parenchymateuses bi-apicales. Le médecin conclut à l'absence de lésion et prescrit un traitement calcique. La toux disparaît...

En 1944, se manifeste, à la base de l'hémithorax gauche, une douleur survenant seulement à l'effort, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel ou général. Nouveaux examens radiologiques : le rachis est normal, de face et de profil. Dans le thorax, l'aorte apparaît volumineuse et déroulée. La douleur augmente, persiste au repos ; la malade change de médecin.

C'est en mars 1944 qu'est découverte, à la suite d'une prise de sang, au dispensaire, une syphilis. On institue un traitement par le cyanure de mercure et le bismuth ; les réactions sérologiques sont négativées à la fin de la deuxième série. Le traitement est prolongé jusqu'au début de 1948.

Mais, en 1945, apparaît, pour la première fois, la dysphagie, simple difficulté de la déglutition, survenant de temps en temps, dont la malade ne s'inquiète pas. Cependant, ce trouble s'accroît progressivement ; en 1947, la dysphagie est typique.

Une radiographie est faite au Dispensaire de la rue Marcadet ; sur le cliché, une image de « masse » intrathoracique est évidente. On en discute l'origine vasculaire. On conseille un examen cardiologique.

Ce n'est qu'en novembre 1950 que Mme Re... s'y résout, parce que la dysphagie est de plus en plus intense, qu'elle s'accompagne d'un amaigrissement de 10 kgs. Elle va donc consulter un spécialiste qui ne lui trouve pas de lésion vasculaire et l'adresse à M. Coury avec le diagnostic de tumeur intrathoracique de nature indéterminée.

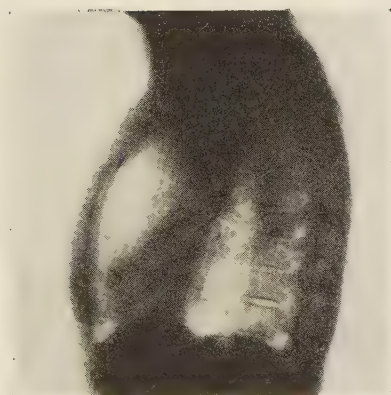
Le 3 janvier 1951, les signes fonctionnels et généraux sont exactement ceux que nous venons de mentionner. La malade est encore en



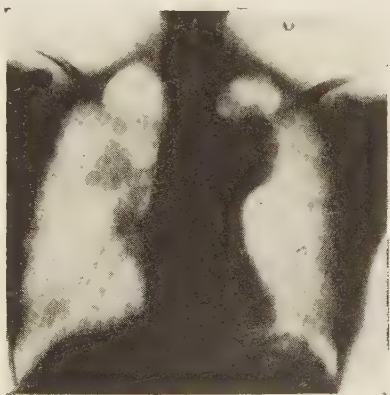
OBS. III. 8-1-51.



OBS. IV. 17-7-51.



OBS. IV. 17-7-51.



OBS. IV. 25-7-51.

assez bon état général, malgré une certaine pâleur. On note quelques taches pigmentaires disséminées sur tout le corps.

On examine d'abord l'appareil respiratoire : aucune anomalie n'est cliniquement décelable. Il en est de même pour l'appareil cardio-vasculaire : pouls normal ; les bruits du cœur sont normaux, son rythme est régulier ; la tension artérielle est de 17-10. Pas de modifications importantes des oscillations artérielles. L'étude du système nerveux, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire, la palpation de la rate et des aires ganglionnaires n'apportent aucun élément nouveau.

On tire des clichés du thorax : de face, on est frappé par l'existence d'une masse volumineuse, médiane qui coiffe le cœur, en brioche, déborde dans les champs pulmonaires droit et gauche. Son contour, grossièrement arrondi, n'est pas d'une régularité ni d'une netteté rigoureuses ; il présente plusieurs bosselures. Cette ombre est à peu près homogène ; elle est dense et n'est pas dissociable, *a priori*, de celle du cœur et des gros vaisseaux.

Il existe, par ailleurs, quelques opacités modulaires des deux sommets.

Sur la radiographie de profil, la trachée apparaît fortement repoussée vers l'avant ; l'opacité étant postérieure.

Après ingestion de bouillie barytée, on constate que l'œsophage est, de face, très dévié vers la gauche dans sa portion en rapport avec l'image ronde. De profil, il apparaît refoulé, en avant, décrivant une courbe à concavité postérieure, parallèle à celle de la trachée, embrassant le pôle antérieur de la masse opaque.

Les tomographies n'apportent pas de renseignements complémentaires. On décide alors de faire une angiocardigraphie. On fait auparavant un bilan rénal : urée sanguine 0,20 g ; pas d'éléments anormaux dans le culot urinaire ; épreuve à la phénol-sulfone phtaléine : élimination de 80 % en une heure.

Les tests de sensibilité au Diodone (35 %) sont satisfaisants.

Angiocardigraphie (MM. Salaun, Choubrac et Piequet) :

« Le produit de contraste est injecté sans la moindre difficulté, mais pendant l'injection la malade se plaint d'une violente céphalgie qui cède en quelques secondes. »

Les clichés sont pris à raison de deux par seconde, et l'un d'eux, particulièrement explicite, a retenu l'attention, cliché pris 2 secondes après l'injection : le tronc veineux brachio-céphalique gauche est complètement oblitéré peu après le confluent veine sous-clavière-veine jugulaire externe. La jugulaire interne gauche est injectée avec ses collatérales : jugulaire antérieure, thyroïdienne inférieure et réseau veineux temporoïdien. Il existe déjà, grâce à un riche réseau anastomotique, un début d'injection de la veine jugulaire interne droite.

Sur le cliché pris 5 secondes après le début de l'injection, le réseau anastomotique est plus nettement dessiné, le produit de contraste commence à atteindre le cœur droit par la veine jugulaire interne droite et la veine cave supérieure. Il existe un début d'injection des artères pulmonaires. Mais la quantité de Diodone ayant atteint le cœur droit est très faible.

Ainsi, chez cette malade existait une compression totale et parfaitement latente du tronc veineux brachio-céphalique gauche, d'ailleurs facilement expliquée par la position de la tumeur aortique.

Donc, chez une femme de 47 ans, atteinte d'une syphilis non traitée jusqu'en 1944, mais bien traitée à partir de ce moment, des symptômes fonctionnels (douleur et dyspnée) vont s'intensifiant en même temps qu'apparaît et croît une opacité arrondie médiastinale coiffant le cœur. Or, il peut arriver qu'un cancer bronchique, une adénopathie ou une tumeur médiastinales coexistent avec une syphilis.

Echec de l'angiographie qui n'opacifie pas la formation anormale ; échec partiel puisque, par ailleurs, elle apporte un résultat extrêmement intéressant en révélant une compression veineuse latente.

Il eût peut-être été intéressant de faire un pneumomédiastin ; cependant, l'évolution a permis de confirmer le premier diagnostic d'ectasie aortique.

OBSERVATION IV

Madame Lé... Victorine, actuellement âgée de 63 ans, a travaillé de 1908 à 1914 dans une faïencerie où elle préparait la vaisselle à la cuisson, sans ressentir le moindre trouble respiratoire. En 1938, elle a souffert de douleurs cervico-brachiales à droite. En 1946, elle a présenté une toux quinteuse pendant 4 à 5 mois ; la toux a persisté 6 mois après la période des quintes.

Mais, depuis 20 ans, le trouble qui est au premier plan est celui pour lequel son médecin l'adresse aujourd'hui, 6 juin 1951, à la consultation de M. Choubrac : la dyspnée. Au début, simple dyspnée d'effort accompagnée de palpitations cardiaques, rapidement calmée par le repos ; bientôt les accès augmentent de fréquence et d'intensité, nécessitent un traitement médicamenteux qui, en 1945, apporte une certaine amélioration. En 1948, cette malade est mise en observation à la Salpêtrière (service de M. Fouquet) où est posé le diagnostic de silicose. Peu de temps après prend place un épisode paroxystique où la dyspnée est accompagnée de wheezing, de toux et d'expectoration.

Depuis un an, la dyspnée s'est considérablement accentuée : elle survient après un effort minime, contraint la malade à s'asseoir, prend de temps en temps un caractère asthmatiforme. Elle s'accompagne d'épisodes fébriles (38 à 38,5), de toux, de wheezing avec parfois impression de clapet endobronchique et rejet de crachats mousseux, blanchâtres.

Actuellement, l'état général est assez satisfaisant, malgré un amaigrissement d'une dizaine de kilos en un an. La courbe thermique oscille entre 37 et 38. L'interrogatoire suffit à déclencher la dyspnée.

On examine d'abord l'appareil respiratoire : la percussion ne décelé aucune différence de sonorité entre les côtés droit et gauche.

L'auscultation révèle en avant à droite, une abolition presque complète du murmure vésiculaire, s'étendant jusqu'à l'aisselle ; en arrière, on perçoit à gauche une accentuation progressive du murmure vésiculaire au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la ligne médiane ; à droite, diminution du murmure, expiration prolongée, un peu poussée.

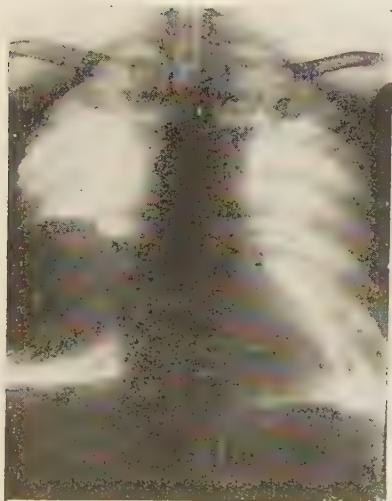
L'apnée volontaire inspiratoire ne dépasse pas 17 secondes. L'exploration clinique de l'appareil cardio-vasculaire ne révèle aucune anomalie. Rien d'anormal non plus en ce qui concerne le système nerveux et l'appareil génito-urinaire. On trouve un ganglion axillaire ; le foie est légèrement hypertrophié ; la rate, normale.



OBS. V. 13-12-49.



OBS. V. 30-12-49.



OBS. V. 13-3-50.



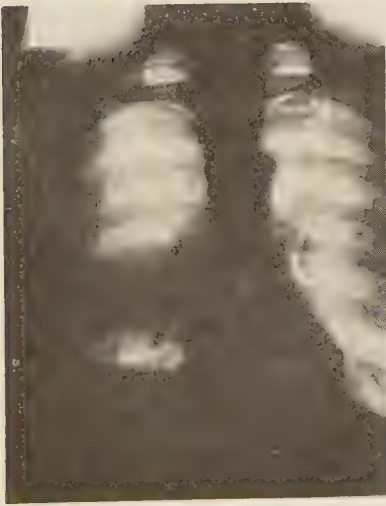
OBS. V. 21-3-50.



OBS. VI. 6-4-50.



OBS. VI. 11-4-50.



OBS. VI. 21-4-50.



OBS. VII. 20-4-52.

Une réaction de Wassermann est négative (21 juin 1951). La formule sanguine montre une anémie modérée (3.340.000 G.R.) sans modification de la formule blanche.

La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée : 46-72-117.

La radiologie met en évidence :

De face : un aspect réticulo-nodulaire diffus des deux champs pulmonaires.

En outre :

A droite, opacité quadrilatère à angles arrondis située entre le hile et la clavicule, à grande base médiastinale, ni très dense, ni très homogène, à contours peu réguliers.

A gauche, opacité arrondie, dense, homogène, bien limitée, mais non tracée au compas ; son volume est celui d'une orange ; elle est accolée au médiastin supérieur et son pôle inférieur se continue, sans ligne de démarcation nette, avec le bord gauche du cœur.

Le profil droit montre une opacité supra-hilaire peu homogène, une autre opacité de l'aire de projection du lobe moyen, des nodules sous et rétro-hilaires ; la coupole diaphragmatique est irrégulière.

Sur le profil gauche, tranche une opacité volumineuse de siège antérieur, rétro-sternal.

Sur les tomographies de face, l'opacité de droite apparaît scindée en deux fragments, supéro-externe et inféro-interne, centrés par des bronches. A gauche, elles précisent le siège antérieur de la masse et son indépendance de l'aorte descendante. De profil, à 6 cm à droite de la ligne médiane, deux opacités sont visibles : l'une dans le lobe supérieur, ovulaire, à limite inférieure nette ; l'autre, dense, homogène, elliptique dans la partie supérieure du lobe moyen qui est, dans son ensemble, densifié et rétracté. A 3 cm à droite de la ligne médiane, la masse supérieure s'est estompée.

Sur la ligne médiane théorique et sur la coupe à 17 cm du plan latéral droit ; à la partie supérieure du médiastin, il n'existe plus d'espace clair entre les ombres vasculaires et le sternum. On ne peut suivre les contours de l'aorte au delà de sa portion horizontale sus-pédiculaire. A 2 cm à gauche de la ligne médiane, on voit se dessiner une opacité grossièrement ovulaire, à limites un peu irrégulières, ayant la clarté bronchique au sein de son pôle inférieur ; en outre, on retrouve toujours le comblement de la région rétro-manubriale. Pas d'image claire en croissant interaortico-pulmonaire.

Le 27 juin 1951, M. Coury crée un pneumomédiastin ; 500 cc d'air sont insufflés ; la tolérance est remarquable et même, pendant les 3 ou 4 jours suivants, la respiration est plus aisée. Les tomographies, médiocres, n'apportent aucune renseignement nouveau.

Le 28 juin, un électrocardiogramme est enregistré : le tracé est normal.

A cette même date, l'examen du dossier de la Salpêtrière permet de constater qu'en 1948 l'image thoracique était identique à l'image actuelle.

Le 25 juillet, un second pneumomédiastin est créé par M. Choubac ; insufflation de 800 cc, remarquablement supportée cette fois encore, entraînant une légère amélioration de la respiration, moins sensible que lors de la première épreuve. Les clichés ne sont pas concluants, bien

que la crosse aortique soit nettement soulignée sur la tomographie à 19 cm. du plan latéral droit.

Cette observation confirme une notion classique : les anomalies radiologiques de la silicose sont bilatérales ; il peut arriver qu'une image pseudo-tumorale soit unilatérale ou, comme c'est le cas ici, nettement prédominante d'un côté. Elle confirme aussi l'importance diagnostique primordiale des données de l'interrogatoire et de l'évolution qui ont permis de rattacher à sa cause une opacité radiologique arrondie qui, isolée du contexte clinique, pouvait être prise pour une tumeur médiastinale ou un anévrisme, contemporains de modifications parenchymateuses d'autre nature.

OBSERVATION V

Monsieur Ma... Georges est un malade légèrement fébrile qui entre le 11 décembre 1949 dans un service de l'Hôtel-Dieu.

L'examen du thorax montre une matité franche de la base droite, une diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire.

Mis à part ce syndrome pleural, rien de particulier n'est noté. La radiographie du 13 décembre semble confirmer l'existence d'un épanchement de la base droite. Le 15 décembre, cependant, une ponction exploratrice est blanche.

On ne trouve pas de bacille tuberculeux dans l'expectoration.

La formule sanguine révèle une leucocytose (22.400 G.B.) avec polynycléose (80 %).

Le 16 janvier 1950, on a la surprise de constater sur le nouveau cliché qu'en commençant à se résorber l'épanchement a démasqué une énorme masse arrondie dense, à contours nets, occupant tout le bas de l'hémithorax droit, adjacente au médiastin d'une part, à la paroi thoracique d'autre part, séparée du diaphragme par un sillon clair.

Une bronchoscopie est faite : bronches normales. Le 26 janvier, un cliché de profil prouve que l'opacité est postérieure, très légèrement elliptique à grand axe dirigé en bas et en avant, de part et d'autre de la scissure.

Sous l'influence du traitement par les antibiotiques la formation diminue de volume, une bulle gazeuse apparaît à son pôle supérieur (image hydro-aérique), le 21 mars.

Il est évident que lorsqu'on examine isolément, sans le contexte clinique ni les radiographies précédentes, les films du 16 et du 26 janvier, on pense immédiatement à la présence d'une tumeur ou d'un kyste.

OBSERVATION VI

L'histoire de la maladie de Monsieur Bu... — nous nous excusons de ne pouvoir la retracer autrement que par des clichés successifs — est superposable à celle du malade de l'observation V : épanchement pleural enkysté interlobaire, bipolaire celui-ci, se résorbant sous l'effet de la

thérapeutique anti-infectieuse. Le cliché de profil est particulièrement remarquable, montrant à chaque extrémité de la scissure une masse opaque arrondie ; l'une, postéro-supérieure, est beaucoup plus volumineuse et plus dense que l'autre, antéro-inférieure.

OBSERVATION VII

Madame La..., âgée de 60 ans, va consulter en janvier 1952 : des palpitations, une dyspnée d'effort et de décubitus accompagnée de toux sèche, rebelle, l'inquiètent. Sa température est normale.

Son médecin l'examine à la radioscopie et constate la présence d'une opacité arrondie, dense, homogène, siègeant dans l'hémithorax droit, plaquée contre la paroi dans la région axillaire.

Madame La... est alors adressée à un pneumo-phtisiologue (M. Roubinet) ; elle est admise à l'hôpital de Périgueux.

Dans ses antécédents, on ne relève qu'une insuffisance cardiaque ancienne, des bronchites fréquentes.

L'examen clinique n'apporte aucun renseignement. On ne trouve pas de bacille tuberculeux dans le liquide de lavage gastrique (18-4-52). La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée : 22-32. La formule sanguine est subnormale (74 % de polynucléaires).

La radiographie du thorax montre, d'une part, un opacité arrondie axillaire juxta-pariétale, dense, homogène, à contours nets dont l'angle de raccordement à la paroi est obtus ; d'autre part, une image à projection hilairé, allongée verticalement, parsemée de fines calcifications, ressemblant à un « os de seiche ». Enfin, on note une troisième ombre anormale, vaguement arrondie, peu homogène, à contours imprécis, au niveau de la base droite.

On demande des tomographies : la coupe passant à 8 cm du plan décele des altérations costales : l'os, au contact de la masse axillaire, est décalcifié, érodé, creusé de petites cavités.

Un pneumothorax droit est créé le 26 avril ; il confirme le siège parenchymateux de la masse axillaire.

Une ponction transpariétale ultérieure ramène un peu de pus. Nous ne connaissons pas le résultat de l'examen de ce pus.

En somme, chez cette femme de 60 ans dans les antécédents de laquelle on ne retrouve pas d'accident tuberculeux, l'image radiologique du thorax pouvait très bien faire penser à une tumeur de la plèvre, alors qu'il s'agit d'une collection à point de départ pariétal (abcès froid costal, très vraisemblablement).

CONCLUSIONS

En présence d'une image arrondie intrathoracique, on a tendance à pêcher plutôt par excès que par défaut et à la considérer comme étant d'origine tumorale. Très souvent, d'ailleurs, il en est ainsi.

Mais un nombre non négligeable de formations intrathoraciques — ou à projection thoracique — de toute autre nature peuvent simuler, à s'y méprendre, une tumeur. Ces formations relèvent de plusieurs processus : inflammatoires, dystrophiques, traumatiques. Elles forment une gamme étendue d'affections d'étiologie différente : tuméfactions inflammatoires et parasitaires (adénopathies, abcès, foyers tuberculeux, mycoses, etc...), ectasies vasculaires, épanchements pleuraux enkystés arrondis, hernies ou éventrations diaphragmatiques à contenu opaque, silicose à forme pseudo-tumorale.

Leur diagnostic est, en général, difficile. Il exige souvent, outre un examen clinique et radiologique attentif guidés par les données du Laboratoire, une série d'examens complémentaires nécessitant des artifices de techniques variés, dont les plus importants sont, suivant les cas, la bronchoscopie, la ponction transpariétale, le pneumothorax explorateur et la pleuroscopie, la pneumopéritoine. Depuis quelques années, nous disposons d'un moyen d'exploration très précieux : l'angiopneumographie. Le pneumomédiastin paraît, lui aussi, susceptible de fournir des arguments importants.

Malgré ces multiples moyens, on doit encore souvent recourir à la thoracotomie exploratrice.

Le diagnostic différentiel de certaines formations d'aspect pseudo-tumorale, telles que les adénopathies inflammatoires, les foyers ronds tuberculeux, les ectasies aortiques, est classique : l'essor de la chirurgie thoracique lui a seulement donné un renouveau d'actualité. Nous nous bornons à insister sur l'intérêt de l'angiopneumographie pour identifier les anévrysmes, complétée au besoin par le pneumomédiastin.

Les autres ne sont pas, elles non plus, de connaissance récente, mais c'est seulement depuis quelques années que l'on a plus particulièrement attiré l'attention sur les erreurs de diagnostic dont elles pouvaient être la cause : c'est le cas des hernies diaphragmatiques à contenu opaque, de quelques abcès froids costaux et d'abcès pottiques d'aspect pseudo-tumoral, des épanchement pleuraux enkystés arrondis, encore appelés pleurésies « contractées » ou « rétractées ».

Il nous semble important de penser à de telles éventualités et d'éliminer, dans la mesure des moyens dont nous disposons actuellement, ces formations avant d'affirmer l'existence d'une tumeur dont le pronostic et le traitement peuvent être totalement différents.

Vu :

Le Président de Thèse :

Signé : BARIETY.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

Signé : BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES, COSTECALDE et FAURE. — Hématome enkysté du poumon. (*Montpellier Médical*, 1946, n° 4.)
- ALAJOUANINE et THUREL. — Douze cas de tumeur en sablier intrarachidienne latéro-aortique. (*Sem. des Hôp. de Paris*, déc. 1947, n° 46, 2785.)
- AUDOYE et ROUX. — A propos de deux cas de « tumeurs médiastinales ». (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thorac.*, IV, 1950, n° 1, p. 96.)
- BARCELO-ROUSSEAU. — La cinédensigraphie dans le diagnostic des tumeurs médiastinales. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- BARIÉTY et COURY. — Essai de classification des tumeurs intrathoraciques primitives. (*Sem. des Hôp.*, 1947, n° 43, p. 2602.)
- BARIÉTY et COURY. — Réflexions à propos de quelques nouveaux cas de dysacromélies. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, oct. 1950, p. 1369.)
- BARIÉTY et CHOUBRAC. — L'angiocardigraphie. Les obstructions veineuses latentes décelées au cours des tumeurs du médiastin. (*La Vie Médicale*, août 1951.)
- BARIÉTY, LESOBRE et CHOUBRAC. — Mégacœsophage décelé par l'examen radiologique systématique du thorax. (*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1943, p. 353.)
- BELOT. — A propos du diagnostic radiologique des tumeurs du poumon. (*Bull. Ass. Fr. Canc.*, mai 1929.)
- BÉRARD (A.-M. et J.). — Faux neurinome en sablier. Diagnostic des ectasies aortiques. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thorac.*, février 1948, p. 439.)
- BLADES (B.). — Tumors of mediastinum. (*Ann. of Surgery*, 123, 1945, 749.)
- BREWER (L. A.). — Nonalignant intrathoracic lesions simulating, bronchiogenic carcinoma. (*The Journ. of Tor. Surg.*, 1948, p. 439.)
- BREWER et DOLLEY. — Tumors of mediastinum. (*Americ. Rev. of Tuberculosis*, LX, 1949, p. 419.)
- BROCARD et LAVERGNE. — La recherche des cellules néoplasiques dans l'expectoration au cours des cancers bronchiques. (*Presse Médicale*, 1952, n° 33, p. 730.)
- BROUET et COURY. — La présomption de malignité dans les dysembryomes intrathoraciques. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 1.)
- BRUWER, CLAGETT, MAC DONALD. — Anomalous arteries of the lung associated with the congenital pulmonary abnormality. (*Journ. of Thor. Surg.*, 1950, p. 957.)
- BUGDEN. — Two cases of intrathoracic kidney. (*Diseases of the Chest*, 1950, n° 3.)
- BUGDEN. — Asymptomatic and circumscribed lesions of the Chest. (*Americ. Rev. of Tub.*, 62, 1950, n° 5, p. 512.)
- BYRON. — Intrathoracic meningocele. (*The Journ. of Thor. Surg.*, XVIII, 1949, p. 294.)
- CHILD (Ch. G.), HARMON. — Liver herniation simulating intrathoracic tumor. (*The Journ. of Surg.* 21, 1951, n° 4, p. 391.)

- CIAGLIA (P.). — Intrathoracic meningocele. (*Journ. of Thor. Surg.* 23, 1952, n° 3, p. 283.)
- CLAY (R. C.) et HANLON. — Pneumoperitoneum in the differential diagnosis of diaphragmatic hernia. (*The Journ. of Thor. Surg.* 21, 1951, n° 1, p. 57.)
- CORCORAN, COLEMAN et RICHMOND. — Anomaly of the aorta simulating mediastinal tumor. (*Journ. of Thor. Surg.* XVI, 1947, n° 1, p. 427.)
- CURTILLET, BIES et PORTIER. — Gomme syphilitique du poumon. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 2, p. 289.)
- CURTILLET. — Aspects chirurgicaux nouveaux des suppurations pulmonaires. Les évidements lobaires. Les suppurations pseudotumorales. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 2, p. 162.)
- DAHL, IVERSEN et MOLLER. — Tuberculoma of the lung. (*Acta chirurgica Scandinavica*, XCIV, 1946, p. 243.)
- D'ALLAINES, DURAND et MÉTIANU. — Anévrysmes artério-veineux pulmonaires. Présentation de trois cas opérés avec succès. (*Sem. des Hôp.*, 1951, n° 69, p. 2685.)
- DELARUE et HOUDARD. — A propos de quelques cas d'actinomycose pulmonaire. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, 1949, p. 211.)
- DELEBECQUE. — La tuberculose du poumon (*Thèse*, Paris, 1950.)
- DELORD et BESSON. — Silicose à forme pseudo-tumorale unilatérale. Aspect pleuroscopique. Son importance diagnostique. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, 1948, p. 552.)
- DOASSANS-CAZABAN. — Revue des méthodes de diagnostic radiologique différentiel entre l'anévrysme et les tumeurs solides du médiastin. (*Thèse de radiologie*, Paris, 1948.)
- DROUET, FAIVRE et COLL. — Diagnostic d'une tumeur médiastinale. (*Revue Médicale de Nancy*. T. 75, 1950, p. 241.)
- DROUET, FAIVRE et COLL. — Tumeur de l'angle cardio-phrénique antérieur. Les hernies diaphragmatiques du foie simulant des tumeurs médiastinales. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.* IV, 1950, n° 1, p. 74.)
- DUBAU, DUROUX, VERGES et MASSON. — Histoire d'un faux neurinome. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 1.)
- DUFOURT, BÉRARD et FRAISSE. — Pleurésie interlobaire à forme pseudo-tumorale. Intervention. Guérison. (*Lyon Médical*, 1946, p. 283.)
- DUROUX, MARTY et JARNIOUX. — Fausses tumeurs intrathoraciques par pleurésies enkystées. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 4, p. 405.)
- DUVOIR, POLLET, CHENEBAULT. — Un cas d'opacité arrondie intrapulmonaire. Gomme syphilitique probable. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 31 mars 1939, p. 628.)
- EVEN, LECŒUR et VERMEIL. — Pneumonectomie pour tuberculome. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. (Mai 1946, p. 304.)
- FACQUET, DURAND et HATT. — Les affections de l'aorte et les tumeurs du médiastin. (*Sem. des Hôp.*, 1949, n° 2, p. 1808.)
- FRÉOUR et CARRÈRE. — Bronchopneumopathie localisée à forme pseudo-tumorale. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, V, 1951, n° 3.)
- GALY, BÉRARD et DUMAREST. — Tuberculome du poumon. (*Revue de la Tuberculose*, 1948, p. 678.)

- GEFTER, BONCOT et MARSHALL. — Localized interlobar effusion in congestive heart failure. Vanishing tumor of the lung. (*Circulation*, 1950, II, 336.)
- GÉRARD, QUENTIN et WEILL. — L'étude des grosses images rondes du poumon et la notion de tuberculome. (*Revue de la Tuberculose*, 1949, p. 941.)
- GERNEZ-RIEUX, TACQUET et SAVINEL. — Syphilis broncho-pulmonaire et images anormales chez les spécifiques. (Société de Médecine du Nord, 20-2-52. Analyse in *Presse Médicale*, 1952, n° 30.)
- GOTTLIEB et SHARLIN. — Hilar densities simulating neoplasms. (*Radiology*, 50, 1948, p. 57.)
- GRAHAM et SINGER. — Three cases of resection for calcified pulmonary abscess or tuberculosis simulating tumor. (*Journ. of Thor. Surgery*, t. 6, 1936, p. 173.)
- GRENVILLE-MATHERS. — The natural history of so-called tuberculomas. (*The Journ. of Thor. Surg.*, 23, 1952, n° 3, p. 251.)
- GROW et BRADFORD. — Exploratory thoracotomy in the management of intrathoracic disease. (*Journ. of Thor. Surg.*, 1948, p. 481.)
- HAIGHT et FARRIS. — Tuberculoma of the lung. (*Journ. of Thor. Surg.*, t. I, 1939, p. 108.)
- HATT. — Les vaisseaux pulmonaires à l'état normal et dans certaines conditions pathologiques. Leur exploration par l'angiographie. (Thèse, Paris, 1950.)
- HEUER. — The surgery of Mediastinal dermoids. (*Ann. of Surg.*, 90, 1929, 692.)
- HUGHES (F.). — Traumatic diaphragmatic hernia. (*The Journ. of Thor. Surg.*, XVII, 1948, n° 1, p. 99.)
- JACOBÆUS et KEY. — Some experience of intrathoracic tumors. (*Acta Chir. Scand.*, 1921, vol. 53, fasc. 6, p. 573.)
- JAUBERT DE BEAUJEU. — Les Kystes intrathoraciques pleuro-péricardiques. (Thèse, Lyon, 1945.)
- KINDBERG et LAPINÉS. — Gomme syphilitique du poumon. (*Presse Médicale*, 21 mai 1938.)
- KNØPP (L. F.). — Unusual diaphragmatic hernia with displaced liver. (*The Journ. of Thor. Surg.*, 21, 1951, n° 4, p. 394.)
- KOURILSKY et FOURESTIER. — Le foyer tuberculeux isolé pseudo-tumoral ou pseudo-kystique. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, III, 1948, 285.)
- KROSS (I.). — *Americ. Rev. of Tub.*, 1950, 3, p. 431.)
- LECŒUR, LIBERT et ABRIC. — Moniliose pulmonaire associée à une mycose à *mycetozoa* pseudo-bronchialis. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 2, p. 276.)
- LE MELLETIER, LE SUEUR, BROWÆS. — Anévrysme de l'aorte à symptomatologie pulmonaire. Aspect bronchoscopique pseudo-tumoral. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 6.)
- LAUBRY, LENÈGRE et BACH. — Les opacités radiologiques scissurales des cardiaques. (*Arch. des maladies du cœur et des vaisseaux*, 1942, n° 1, p. 1.)
- MAHON (H. W.), et FORSEE (J. H.). — The surgical treatment of round tuberculous pulmonary lesions (tuberculomas). (*The Journ. of Thor. Surg.*, 1950, p. 724.)

- MARCHAL (M.). — Diagnostic différentiel des tumeurs du médiastin, par la cinédensigraphie. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 1, p. 102.)
- MARTIN et ROCHE. — Formes pseudo tumorales de la pneumoconiose des mineurs. (*Arch. Mal. Prof.*, 1946.)
- MATHEY et MANNES. — Kystes pleuraux hémorragiques. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 5, p. 446.)
- MAURER MAST. — Tuberculoma of the lung. (*Americ. of Tub.*, XLIII, 1941, 301.)
- MENDELSON et KAY. — Intrathoracic meningocele. (*The Journ. of Thor. Surg.*, XVIII, 1949, p. 124.)
- MONGES, POINSON, PROVANSAL. — Pleurésie purulente interlobaire partielle. Image radiologique arrondie. (*Marseille Médical*, 1935, 270.)
- MONOD (Olivier), PESLE et SÉCRÉTAINE. — L'aspergillome bronchectasiant. (*Presse Médicale*, 1951, n° 74, p. 1557.)
- MONOD (Robert) et AZOULAY (R.). — Eventration diaphragmatique droite avec anomalie du foie simulant un kyste hydatique. (*Mém. de l'Ac. de Chir.*, 69, 1943, 19.)
- MONOD (Robert). — Un cas démonstratif de pleurésie contractée simulant un kyste du poumon. (*Le Poumon*, V, 1949, n° 1.)
- NEMEC. — Differential diagnosis of retrocardiac shadows. (*Radiology*, 50, 1948, 74.)
- PAOLUCCI DI VALMAGGIORE ET GIACOBINI. — Voies d'accès pour l'application du pneumomédiastin. (*Presse Médicale*, n° 59, 1951, p. 1222.)
- PICARD-LEROY. — Les difficultés du diagnostic des opacités pulmonaires arrondies. (*Le Poumon*, VII, 1951, n° 3, p. 153.)
- PRUVOST, TEYSSIER et ISORNI. — Pleurésies interlobaires séro-fibrineuses. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, V, 1951, n° 5, p. 402.)
- RENAULT. — La tuberculose pulmonaire en foyer rond et plein, unique isolé. Infiltrat d'Assmann, tuberculome, caverne pleine. (*Bull. Méd.*, n° 33, 1947, 475.)
- SAENZ et CANETTI. — Les problèmes de la pneumonie « huileuse » chez l'adulte et chez l'enfant. (*Arch. Méd. Chir. de l'App. resp.*, XIV, 1939, n° 3, p. 161.)
- SALMON-BONNEAUD. — Les kystes hématiques pleuro-pulmonaires. (*Thèse*, Paris, 1944.)
- SAMSON (P. C.). — Médiastinal « tuberculoma ». (*The Journ. of Thor. Surg.*, 19, 1950, n° 3.)
- SANTY, BÉRARD et GALY. — Les tumeurs chirurgicales du médiastin. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 1.)
- SANTY, BÉRARD et SOURNIA. — Kystes hydatiques du poumon. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. (*Lyon Chirurgical*, 1947, n° 4, p. 393.)
- SANTY, DE LÉOBARDY et GALY. — Pleurésie cardiaque interlobaire enkystée à forme pseudo-tumorale. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, V, 1951, n° 3, 276.)
- SAUVAGE et DELAFONTAINE. — Les hématomes pleuro-pulmonaires enkystés. (*Sem. des Hôp.*, n° 13, 1952, p. 513.)
- SAUVAGE et HATT. — Angiocardiographie et chirurgie pulmonaire. (*Sem. des Hôp.*, n° 3, 1952, p. 91.)
- SERGENT et BENDA. — Gommès syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. (*Paris Médical*, 15-2, 1930.)

- SERGEANT, PIOT et IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. (*Presse Médicale*, 21 mai 1934.)
- SERGEANT et POUMEAU DELILLE. — Images arrondies intra-pulmonaires dues à des infarctus. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 17 nov. 1933, p. 1368.)
- SERGEANT et PRUVOST. — Note pour servir à l'étude clinique des kystes hématiques de la plèvre et du poumon. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23 mai 1919, p. 497.)
- STOREY et LYONS. — Tuberculomas of the mediastinum. (*Americ. Rev. of Tub.*, 64, 1951, p. 327.)
- TEMPLE (L.-J.). — Aneurysm of the first part of the left subclavian artery. (*Journ. of Thor. Surg.*, 19, 1950, p. 413.)
- TROCMÉ. — Hémoptysies répétées chez un enfant cyanosé : angiome du poumon. (*Journ. Fr. de Méd. et Chir. Thor.*, IV, 1950, n° 4, 478.)
- VALLE et Laurence WHITE. — Pulmonary tuberculosis simulating bronchiogenic carcinoma. (*Americ. Rev. of Tub.*, 1947, p. 449.)
- WATSON et DIAMOND. — Surgical thoracic tumors in Navy personnel. (*Journ. of Thor. Surg.*, XVI, 1947, n° 1.)
- ZERBINI. — Diagnostic différentiel et indications opératoires de certaines tumeurs intrathoraciques. (*Revista Paulista de Medecina*, t. 37, n° 6, déc. 1950. Analyse in *Presse Médicale*, 1951, p. 1183.)
-

IMPRIMERIE DU LIVRE

27, Rue Jacques-Louis-Bernier - COLOMBES

